

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.Sc.)

PAR  
RÉBECCA GAUDET

LA PREMIÈRE GROSSESSE NORMALE :  
UNE ADAPTATION OCCUPATIONNELLE EXTRAORDINAIRE INSOUÇONNÉE

DÉCEMBRE 2018

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

## REMERCIEMENTS

Je tiens d'abord à remercier Madame Lyne Desrosiers, directrice de mon essai critique, professeure et ergothérapeute au département d'ergothérapie de l'UQTR, de m'avoir permis de faire valoir une situation de ma vie personnelle pour ce projet de recherche. Je lui suis reconnaissante également pour son soutien tout au long de cette aventure et pour son accompagnement personnalisé, mais surtout pour sa passion de la recherche et pour son enthousiasme envers mon étude. Je remercie également Madame Marie-Michèle Lord qui m'a apporté des commentaires pertinents lors de la révision de mon essai.

Je remercie chaleureusement les participantes de mon étude qui ont généreusement accepté d'échanger avec moi sur leur première grossesse, un moment intime de leur vie.

Un très grand merci à toutes les professeures et chargées de cours du département d'ergothérapie qui m'ont appris avec ce beau métier avec cœur et qui m'ont toujours écoutée. J'offre un merci particulier à Madame Marie-Josée Drolet, professeure, ergothérapeute et éthicienne au département d'ergothérapie de l'UQTR, qui m'a employée comme assistante de recherche durant tout mon parcours étudiant. Grâce à sa confiance, j'ai pu acquérir un riche bagage en recherche qualitative en interviewant des dizaines d'ergothérapeutes de tous les secteurs.

Je voudrais également mentionner toute l'aide reçue de mes amies et ma famille ces dernières années, grâce à laquelle j'ai pu réaliser mon retour aux études. Je les remercie énormément. Mille mercis à toutes mes collègues de classe pour leur ouverture, leur gentillesse, leur créativité et leur motivation malgré les difficultés rencontrées, et particulièrement à Fanny Boucher Lefavre pour sa présence et son appui dans les cours durant ma grossesse.

Finalement, je remercie de tout mon cœur mon mari, Marc-André Simard, pour son calme, sa force, son amour et son soutien inconditionnels. Je lui suis reconnaissante pour son dévouement et pour tout ce qu'il a mis en place afin que je puisse devenir ergothérapeute. Je désire également souligner la contribution de ma toute nouvelle source d'inspiration et de joie, notre charmante Vivianne, née en mars 2018.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ii
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES FIGURES .....	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	viii
RÉSUMÉ .....	ix
ABSTRACT .....	x
1. INTRODUCTION .....	1
2. PROBLÉMATIQUE.....	2
3. RECENSION DES ÉCRITS .....	4
3.1. Les transitions de vie.....	4
3.1.1. Transitions et implications en ergothérapie.....	4
3.1.2. Transition vers la maternité et rôle maternel .....	6
3.1.2.1. Facteurs influençant la transition .....	7
3.1.2.2. Contexte culturel : la mère parfaite .....	8
S’oublier pour devenir mère .....	10
3.2. La grossesse normale dans la vie de la femme québécoise .....	11
3.2.1. Changements physiologiques et symptômes de la grossesse .....	11
3.2.2. Recommandations pour les femmes enceintes au Québec .....	12
3.2.3. Être enceinte au travail .....	13
3.2.3.1. Programmes et recours au Québec .....	15
3.2.4. Préoccupations chez la femme enceinte .....	15
3.3. Occupations et grossesse .....	16
3.3.1. Occupations relatives à la grossesse.....	16
3.3.1.1. Recherche d’information et de soutien .....	17
3.3.2. Occupations modifiées durant la grossesse .....	18
3.4. Pertinence de l’étude .....	20
3.5. Objectifs de l’étude .....	20
4. CADRE THÉORIQUE .....	21
4.1. Le Modèle de l’Occupation Humaine .....	21
4.1.1. L’Être .....	21
4.1.2. L’Agir.....	22
4.1.3. Le Devenir .....	22
4.1.4. L’Environnement .....	23
4.2. Justification du choix de modèle théorique .....	24

5. MÉTHODE .....	26
5.1. Devis .....	26
5.2. Participants et méthode d'échantillonnage .....	26
5.2.1. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	26
5.3. Méthode de collecte de données .....	27
5.3.1. Questionnaire .....	27
5.3.2. Entrevue semi-dirigée.....	27
5.3.3. Journal de bord.....	27
5.4. Déroulement .....	27
5.5. Analyse des données .....	28
5.5.1. Questionnaire .....	28
5.5.2. Entrevues semi-dirigées et journal de bord .....	28
5.6. Considérations éthiques.....	28
5.6.1. Consentement.....	29
6. RÉSULTATS .....	30
6.1. Participants et collecte de données .....	30
6.2. Résultats des analyses phénoménologiques .....	31
6.2.1. Occupations spécifiques à la grossesse .....	31
6.2.1.1. Préparer son corps à la grossesse et devenir enceinte .....	31
6.2.1.2. Utiliser des ressources professionnelles pour s'assurer que tout va bien .....	32
6.2.1.3. Organiser le nid familial en attendant bébé .....	33
Entreprendre des occupations et réfléchir pour se préparer aux rôles futurs.....	35
6.2.2. Occupations modifiées, adaptées ou cessées pendant la grossesse.....	36
6.2.2.1. Adapter ses occupations en raison de symptômes ou de conséquences de la grossesse .....	36
6.2.2.2. Prendre des précautions pour ne pas nuire à sa santé ou celle du bébé.....	37
Être enceinte au travail, c'est devoir composer avec certains risques .....	38
6.2.2.3. La première grossesse, c'est rassembleur .....	39
6.2.2.4. Trouver des stratégies pour s'adapter rapidement au quotidien.....	39
Modifier ses occupations implique l'entourage.....	40
6.2.3. La première grossesse au quotidien : regards et perceptions.....	40
6.2.3.1. Être enceinte au quotidien : un défi.....	40
Des préoccupations, du stress et une certaine charge mentale liés à la grossesse .....	41
Se préparer à la maternité, c'est aussi ressentir une pression sociale .....	42
6.2.3.2. Vivre positivement sa première grossesse .....	44
Bénéficier d'un réseau social et recevoir de l'aide .....	45
Se sentir compétente pour vivre sa transition vers la maternité.....	46
Vivre plusieurs changements au quotidien... et puis après? .....	47
7. DISCUSSION.....	49
7.1. Retour sur l'atteinte des objectifs de recherche.....	49
7.2. Occupations relatives à la grossesse .....	49
7.3. Occupations modifiées, adaptées ou cessées pendant la grossesse .....	51

7.4. La première grossesse au quotidien : regards et perceptions .....	54
Quelques hypothèses sur l'adaptation occupationnelle durant la première grossesse normale .....	56
7.5. Discussion à propos du cadre théorique choisi.....	59
7.6. Forces et limites de l'étude.....	60
7.7. Retombées pour la pratique .....	61
7.8. Perspectives et recherches futures .....	62
8. CONCLUSION .....	63
RÉFÉRENCES.....	64
ANNEXE A CERTIFICAT D'ÉTHIQUE.....	74
ANNEXE B LETTRE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	75
ANNEXE C LETTRE DE RECRUTEMENT.....	78
ANNEXE D CANEVAS D'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE .....	79
ANNEXE E QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE .....	83
ANNEXE F JOURNAL DE BORD.....	86

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1. Caractéristiques des participantes au moment de l’entrevue .....	30
Tableau 2. Informations sur la collecte de données .....	31

## LISTE DES FIGURES

- Figure 1.* Concepts du Modèle de l'Occupation Humaine, adaptés à partir de la modélisation de Kielhofner (1980a, 1980b, Kielhofner et Burke, 1980; Kielhofner, Burke et Heard Igi, 1980)..... 25
- Figure 2.* Adaptation occupationnelle extraordinaire durant la première grossesse : hypothèses émises à partir des résultats obtenus..... 59



## LISTE DES ABRÉVIATIONS

CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail
DEP	Diplôme d'études professionnelles
DESS	Diplôme d'études supérieures spécialisées
DVD	Disque vidéo numérique (de l'anglais <i>Digital Video Disc</i> )
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MOH	Modèle de l'Occupation Humaine
RQAP	Régime québécois d'assurance parentale
TDA/H	Trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

## RÉSUMÉ

**Problématique** La première grossesse est une transition importante que vivent de nombreuses femmes vers un rôle qui l'est tout autant : celui de mère. L'intérêt de l'ergothérapie pour cette période de la vie prend tout son sens étant donné que la grossesse implique des changements physiques, mais également au niveau des relations, des rôles et des responsabilités de la femme; ceci peut impliquer des ajustements au quotidien. **Objectifs** 1) Documenter les occupations relatives à la première grossesse, ou ayant dû être modifiées au cours de celle-ci ; 2) Comprendre le vécu de la femme enceinte d'un premier enfant quant aux modifications d'occupations au quotidien ; 3) Explorer comment les préoccupations de la future mère influencent ses occupations. **Cadre conceptuel** Les concepts du Modèle de l'occupation humaine (Kielhofner, 1980a, 1980b; Kielhofner et Burke, 1980; Kielhofner, Burke et Heard Igi, 1980) ont servi de cadre dans la conceptualisation de l'adaptation occupationnelle relative à la première grossesse. **Méthodes** L'étude a été menée selon un devis phénoménologique. En plus de l'étudiante-chercheuse, six femmes enceintes d'un premier bébé et une nouvelle mère ont participé à l'étude. Elles ont été recrutées par réseau, ont été interrogées par entrevues semi-dirigées et ont rempli un questionnaire sociodémographique. L'étudiante-chercheuse a participé par l'entremise d'un journal de bord quotidien. Les enregistrements numériques obtenus suite aux entrevues ont été transcrits verbatim, puis analysés pour faire émerger les principaux thèmes. **Résultats** ont participé à l'étude. Les nombreuses occupations relatives à la première grossesse concernent la planification de la grossesse, la préparation de l'arrivée du bébé et incluent l'utilisation de ressources professionnelles. Les modifications occupationnelles sont au niveau des habitudes sportives, alimentaires, médicamenteuses, sociales ou au travail, et ce, en raison de symptômes relatifs à la grossesse ou conséquemment à la prise de précautions. Les préoccupations vécues n'ont que peu d'impact sur les occupations quotidiennes. En général, les participantes disent avoir vécu positivement leur grossesse et minimisent les défis vécus quant aux changements du quotidien. **Discussion** Les résultats obtenus sont similaires à ceux d'études sur la préparation à la maternité. Toutefois le regard holiste ergothérapique et la stratégie d'observation participante utilisés confèrent un aspect unique à la présente recherche. Des hypothèses peuvent être émises quant à l'adaptation occupationnelle extraordinaire que démontrent les participantes interrogées, soient : le début d'une abnégation chez la future mère, la motivation associée au projet de grossesse, le haut niveau d'éducation, l'utilisation de technologies web, la présence d'un réseau social aidant et un impact faible des symptômes. **Conclusion** Une meilleure compréhension de l'adaptation occupationnelle à la première grossesse normale chez des femmes en santé est pertinente pour outiller les ergothérapeutes œuvrant auprès de femmes vivant avec des problématiques pouvant complexifier leur transition vers le rôle de mère.

**Mots-clés :** transition vers la maternité, rôle maternel, occupations relatives à la grossesse, adaptation occupationnelle, première grossesse normale.

## ABSTRACT

**Background** First pregnancy is a major life transition experienced by a lot of women. This transition leads to the maternal role which is also very important. Occupational therapy's interest for this time of life makes sense because pregnancy includes physical changes, but also many transformations in woman relations, roles and responsibilities which could ask day-to-day adjustments. **Objectives** 1) To document the occupations that women have to do or to modify relatively to their pregnancy 2) To understand the experience of the first-time pregnant woman in relation to these daily changes and 3) To explore how the pregnant woman's preoccupations influence her daily living. **Conceptual framework** The MOHO (Kielhofner, 1980a, 1980b; Kielhofner et Burke, 1980; Kielhofner, Burke et Heard Igi, 1980) concepts served as conceptual framework in the conceptualization of the occupational adaptation to the first pregnancy. **Methods** A phenomenological study has been used for this exploration. Six pregnant woman and one newly mother have been recruited by networking. They were questioned via semi structured interviews and a sociodemographic questionnaire. The student-researcher has participated to her study using a daily logbook. The interviews were transcribed verbatim and analyzed to bring out themes. **Results** The numerous first-pregnancy occupations are linked to the planning of the pregnancy and the preparation of the arriving of the baby. These occupations also include the consultation of health professionals. Sport, food, medication, social and work habits are the principal occupations that are modified by the participants. These changes are done mostly because of pregnancy symptoms or in precaution for fetus health and/or self-health. Worries and preoccupations have only a small or none impact on the participant's day-to-day life. Generally, participants mentioned a positive experience of their first pregnancy and minimize the difficulties and challenges they lived in relation to the changes they had to do. **Discussion** Results are comparable to the literature concerning the preparation to motherhood. However, the occupational therapy holistic vision and the participant-observation strategy used provide a unique aspect to this study. Hypotheses can be made about the extraordinary occupational adaptation that participant showed: the beginning of the self-sacrifice by the future mother, the motivation associated to the baby project, the high education level, the use of web applications, the presence of a helpful social network and a minor impact of pregnancy symptoms. **Conclusion** A better understanding of the occupational adaptation to the first pregnancy in healthy women is relevant to equip occupational therapists who work with women that live with difficulties which could complicate the transition to motherhood.

**Key words:** transition to motherhood, first-time mother, pregnancy's occupations, occupational adaptation, normal first pregnancy.

# 1. INTRODUCTION

Le rôle de mère représente le deuxième rôle auquel la jeune femme adulte accorde le plus d'importance après celui de conjointe (Boyd, Bee, Andrews, Lord et Gosselin, 2017). Chaque année se vivent plus de 35 000 premières grossesses au Québec (Ministère de la Famille du Québec, 2018), c'est donc un événement qui touche un grand nombre de femmes. Cela dit, la grossesse n'implique pas que des changements au niveau physique, mais également au niveau des relations, des rôles et des responsabilités de la femme (Driscoll, 2008). Mais comment la femme enceinte d'un premier enfant vit-elle ce qui lui arrive? Et surtout, que se passe-t-il concrètement dans sa vie, au niveau de ses occupations quotidiennes? Au cours de ma première grossesse, j'ai constaté que ce projet, souhaité et heureux, occupait toutefois énormément de place dans mes actions de tous les jours et dans mes pensées. C'était effectivement un peu contradictoire; c'est-à-dire à la fois positif et rempli de sens, mais qui me contraignait à plusieurs occupations par ailleurs. Comme l'ergothérapie s'intéresse aux occupations et au fonctionnement au quotidien, j'ai développé l'idée d'explorer, dans le cadre de l'essai critique de la maîtrise en ergothérapie, le sujet des occupations liées à la première grossesse. Aussi, je me suis demandé comment les femmes enceintes d'un premier bébé vivaient ces changements d'occupations au quotidien. Quelles modifications doivent-elles apporter à leur vie pour traverser leur grossesse tout en respectant leurs valeurs et leurs possibilités? Quels facilitateurs ou obstacles rencontrent-elles? Quelle place prennent leurs inquiétudes ou préoccupations? Ce sujet est également pertinent pour l'ergothérapie qui s'intéresse au fonctionnement au quotidien. En effet, certaines stratégies pourraient faciliter le parcours des femmes primigestes<sup>1</sup> et c'est pourquoi il est intéressant pour l'ergothérapeute d'examiner leurs occupations et préoccupations.

Cet essai critique est divisé en plusieurs sections. D'abord, la problématique, par laquelle est démontré l'intérêt de ce sujet en ergothérapie. Suit une recension des écrits qui permet de mieux cerner les concepts-clés entourant la grossesse au quotidien. Par la suite le cadre théorique utilisé pour conceptualiser le sujet est expliqué, puis la méthodologie employée est décrite. Les résultats obtenus sont ensuite détaillés, suivis d'une discussion concernant les éléments pertinents soulevés, où différents liens sont faits. Le document se termine par un retour sur les points-clés de l'étude en guise de conclusion.

---

<sup>1</sup> Dont la première grossesse est en cours.

## 2. PROBLÉMATIQUE

Le but poursuivi par cette étude ne découle pas directement d'une problématique clinique à laquelle il faudrait s'attarder afin d'améliorer le sort d'individus. Le projet est né d'une avidité personnelle, puis peut-être d'un vide de connaissance dont l'exploration suscite un intérêt. En effet, outre l'ouvrage d'Esdaile et Olson (2004), les occupations de la maternité sont bien peu documentées d'un point de vue ergothérapique, et celles de la grossesse le sont encore moins.

Avant toute chose, il peut être pertinent de se représenter la vie d'une personne comme une suite de passages, de transitions. La première grossesse correspond à une de ces transitions de la vie de la femme vers un rôle important, celui de mère. La transition vers la maternité est en effet un processus continu qui demande l'engagement actif de la future maman avant, pendant et après la grossesse (Mercer, 2004); elle s'adapte au quotidien afin de mener à terme son projet en harmonie avec ses valeurs et ses possibilités. En effet, des ajustements ou des adaptations peuvent être nécessaires en termes de changements de rôle et/ou au niveau de l'équilibre entre la valeur accordée aux occupations et la performance de réalisation de celles-ci (Blair, 2000; Taubman-Ben-Ari, Ben Shlomo, Sivan et Dolizki, 2009). Qu'en est-il des changements dans les occupations vécus au quotidien relativement à une première grossesse?

D'abord, il importe d'observer l'impact des symptômes de la grossesse sur la vie quotidienne, autant au niveau physique que psychologique. Qu'il s'agisse de douleurs, de fatigue, de nausées ou d'autres affections physiques (Foxcroft, Callaway, Byrne et Webster, 2013) ou de problématiques de nature psychologique telles que le stress, la dépression, ou le questionnement de son sentiment de compétence, de son identité, ou de son bien-être (Darvill, Skirton et Farrand, 2008; Kaitz, 2007; Akerjordet et Severinsson, 2010; Sjöstrom, Langius-Eklöf et Hjertberg, 2004), tous sont des causes potentielles de modification des occupations quotidiennes. Ensuite, concernant le rôle de travailleuse des femmes enceintes, il semble que plusieurs enjeux concernant les risques d'exposition ou leur qualité de vie au travail soient toujours d'actualité (Salihu, Myers et August, 2012; Greenberg, Ladge et Clair, 2009).

Ainsi, apprendre qu'on est enceinte est le début d'une aventure extraordinaire, mais complexe, au cours de laquelle il est très probable de rencontrer des difficultés ou de faire face à

des inquiétudes (Fontein-Kuipers et coll., 2015). Qui plus est, la transition vers la maternité signifie souvent une période de grandes perturbations (Nelson, 2003). Aussi il peut être ardu d'expérimenter un projet de vie positif dans lequel on choisit de s'engager, mais qui oblige par ailleurs à certaines restrictions ou modifications occupationnelles (Horne, Corr et Earle, 2005); cet aspect est paradoxal. En effet, de nos jours, les enjeux rencontrés par les futures mères sont complexes (Slootjes, McKinstry et Kenny, 2016), d'où l'intérêt pour l'ergothérapie. Actuellement, la grossesse normale n'est pas un motif pour référer en ergothérapie. Toutefois, il est pertinent de connaître les différents bouleversements occupationnels que vivent les femmes en transition vers la maternité afin de mieux comprendre leur réalité et d'être éventuellement en mesure de les accompagner. L'ergothérapeute peut, par exemple, accompagner dans la gestion d'anxiété, leur proposer des stratégies pour améliorer le sommeil, ou encore exercer auprès d'elles un rôle de plaidoyer en lien avec les congés parentaux et le retour au travail (Slootjes, et coll., 2016) qui peuvent donner lieu à de la discrimination (Greenberg et coll., 2009). L'ergothérapeute a, du moins, tout à gagner à connaître la perception et le vécu de femmes en santé vivant une première grossesse normale afin de pouvoir envisager et ultimement, saisir le fardeau des femmes qui éprouvent des difficultés d'adaptation de toute nature. Cet essai vise ainsi à faire avancer les connaissances au sujet des occupations relatives à la grossesse d'un point de vue ergothérapique, et ce, grâce aux perceptions des principales concernées, c'est-à-dire des femmes primigestes en bonne santé. En effet, la première grossesse représente la première fois où la femme enceinte vit tous les changements occupationnels qu'implique la grossesse. De plus, c'est durant cette période qu'elle vit toute la préparation à la maternité puisque, durant les grossesses subséquentes, la femme a généralement déjà intériorisé son rôle de mère.

### 3. RECENSION DES ÉCRITS

Dans cette section se trouve une revue de la littérature entourant les concepts centraux abordés dans la problématique ci-dessus. Il est question des grands thèmes suivants : les transitions de vie, de la grossesse normale dans la vie de la femme québécoise, et les occupations relatives à grossesse.

#### 3.1. Les transitions de vie

La transition de vie est définie dans le dictionnaire Le Nouveau Petit Robert (Robert, Rey-Debove et Rey, 2009) par le « passage d'un état à un autre, d'une situation à une autre » ou par « ce qui constitue un état intermédiaire, ce qui conduit d'un état à un autre ». Ces définitions reflètent en effet le double point de vue que l'on peut avoir quant aux transitions, à savoir qu'il peut s'agir de discontinuités de parcours vécues par une personne, ou encore de progressions entre les différents stades de la vie. Les transitions peuvent être autodéterminées, faire partie d'un processus de développement, ou encore survenir en réponse à un événement de la vie (Polatajko et coll., 2013), ces différents types n'étant pas mutuellement exclusifs. Les transitions dites « développementales » réfèrent aux réponses de l'individu aux changements vécus au fil de la vie (*lifespan*), alors que les transitions « situationnelles » réfèrent aux passages à travers des événements qui arrivent de façon imprévue (Evans, Mason et Berman, 2012). La transition peut être attendue et espérée, comme soudaine et non planifiée. Dans les deux cas, elle peut être désirée ou appréhendée (Jonsson, 2010). Par ailleurs, une transition peut également survenir au plan individuel, collectif, ou sociétal (Polatajko et coll., 2013). Maintes disciplines liées aux soins de santé se sont penchées sur les transitions de vie (Nelson, 2003), et les écrits à ce sujet abondent. Toutefois, c'est surtout la littérature des domaines de la santé et de l'ergothérapie concernant les transitions qui sera mise en évidence, mais par-dessus tout, la transition vers la maternité que représente la grossesse.

##### 3.1.1. Transitions et implications en ergothérapie

L'idée de discontinuité ou d'interruption inhérente aux transitions, ainsi que ses implications pour la vie quotidienne, a toujours été d'intérêt pour les ergothérapeutes (Blair, 2000). En effet, la transition est « à la fois le processus et l'issue d'une interaction complexe

entre la personne et son environnement » (Meleis et Trangenstein, 2010, cités par Evans et coll., 2012). Par ailleurs, certains auteurs nomment le potentiel d'adaptation au changement et de croissance positive ainsi que la redéfinition du sentiment d'identité que procure la transition (Kralik, Visentin et van Loon, 2006). Ainsi, il s'agit souvent d'altérations de la routine et donc, d'un bouleversement au niveau des occupations (Blair, 2000). Répondre à cette perturbation du quotidien demande une bonne connaissance de soi ainsi qu'une bonne évaluation de l'événement qui arrive. C'est cela qui s'avère souvent pénible, et ainsi la personne concernée peut réagir à la transition vécue par le déni ou en se retirant (Blair, 2000). En effet, Blair (2000) mentionne que l'analyse ergothérapique d'une transition pourrait montrer que la personne a tendance à s'engager plutôt dans des occupations familières et à reporter à plus tard les changements d'occupations ou de rôles qui s'imposent pour répondre aux exigences de la nouvelle situation, et ce, pour répondre à l'urgence de rester active et occupée face au bouleversement. Effectivement, les scientifiques de l'occupation ont mis l'emphasis sur le fait que l'adaptation se fait en s'occupant (*while doing things*), avec la prémisse que se mettre en action facilite le changement, le développement personnel, et apporte conséquemment un bien-être (Blair, 2000).

En ergothérapie, on appelle couramment « transition occupationnelle » la transition de vie, elle se définit comme un changement majeur dans le répertoire occupationnel d'une personne, dans lequel surviennent un ou plusieurs changements, arrêts ou remplacements d'occupations (Jonsson, 2010). Qu'elle soit planifiée ou subite, les différentes transitions occupationnelles possèdent des caractéristiques uniques (Jonsson, 2010). Aussi, le genre de l'individu ainsi que les contextes sociohistorique, socioculturel et socioéconomique dans lesquels il évolue influencent ses choix d'occupations et donc, son parcours de vie occupationnel (Polatajko et coll., 2013). La perte occupationnelle survient lorsqu'une personne (ou un groupe) ne peut plus participer aux routines et activités qu'elle accomplit normalement au quotidien, de façon temporaire ou permanente (Polatajko et coll., 2013). La perte occupationnelle peut entraîner des effets négatifs sur la santé et le bien-être (Polatajko et coll., 2013); c'est un concept central en ergothérapie.



### 3.1.2. Transition vers la maternité et rôle maternel

La transition vers la maternité est un événement en soi, mais c'est aussi et surtout un processus qui inclue : planifier la grossesse, être enceinte pendant neuf mois, donner naissance, puis vivre les premiers moments de la vie avec son enfant (Afflerback, Anthony, Carter et Grauerholz, 2014). Devenir parent est ainsi l'une des transitions-clés de la vie du jeune adulte (Salmela-Aro, Nurmi, Saisto et Halmesmäki, 2001). Toutefois, bien que le fait de devenir parent soit considéré comme faisant partie du processus développemental de l'individu (Evans et coll., 2012) et que la maternité soit l'une des transitions les plus communes vécues par les femmes, elle marque aussi une interruption des occupations du quotidien (Nelson, 2003), d'où la pertinence de s'y intéresser en ergothérapie.

Dans une importante métasynthèse des résultats de neuf études qualitatives portant sur la transition vers la maternité, Nelson (2003) révèle deux processus inhérents à la maternité ainsi que cinq grandes thématiques indiquant les principales perturbations vécues durant la transition maternelle. Les deux processus inhérents à la maternité (et, le plus souvent, simultanés) sont l'engagement, ainsi que la croissance et la transformation. Au niveau des principales perturbations vécues, les cinq thèmes ressortis sont au niveau 1- des engagements personnels; soit la décision de devenir mère, le renforcement du lien mère-enfant et l'acceptation de la maternité 2- de la vie quotidienne; soit apprendre à devenir mère, prendre exemple d'autres mères de l'entourage 3- des relations interpersonnelles et des rôles; soit adapter sa relation avec son conjoint et adapter sa relation avec sa famille et ses amis, 4- du travail, soit prendre des décisions concernant le retour au travail, vivre avec les conséquences du congé parental et concilier le travail et la vie familiale, et 5- de soi-même; soit faire face à son passé, faire face à soi-même, et en venir à se sentir comme une mère.

Selon Mercer (2004), devenir mère est un événement majeur de la vie qui implique de passer d'une situation connue à une toute nouvelle réalité, et ce, en adoptant de nouvelles stratégies tout en maintenant son intégrité. Bref, faire une place dans sa vie aux nombreuses exigences du rôle de mère n'est pas banal et pourrait même s'avérer laborieux. Aussi, le processus implique une croissance et une transformation continues pour la mère qui vont bien au-delà de la période post-partum; en effet, l'auteure considère que la transition vers la maternité

est caractérisée par un engagement actif qui débute avant la grossesse (Mercer, 2004). Elle considère également que la nouvelle mère établit son identité à travers cet engagement et que l'identité maternelle évolue à travers les défis de la maternité, ce qui redonne peu à peu à la mère sa confiance en elle (Mercer, 2004). Ainsi, Mercer (2004) suggère que l'expression « Devenir mère » (*Becoming a mother*) est plus juste que l'expression « Acquisition du rôle de mère » (*Maternal Role Attainment*) qui a fait l'objet de la théorie de Rubin (1967, citée dans Mercer, 2004) sur l'accomplissement de l'identité du rôle maternel.

En accord avec l'étude de Mercer (2004) abordée ci-haut, Darvill, Skirton et Farrand (2010) ont réalisé une recherche qualitative avec l'objectif d'explorer la transition maternelle du point de vue de nouvelles mères (n=13). Leurs résultats suggèrent que la transition débute tôt durant la grossesse et n'est pas complétée tant que la mère ne se sent pas à nouveau maître de ses environnements intérieur et extérieur, ce qui surviendrait possiblement assez longtemps après la naissance. Les auteurs (Darvill et coll., 2010) mentionnent également que le fait d'identifier la grossesse comme un état transitionnel, en plus de considérer les facteurs qui risquent d'en influencer la qualité, peut aider à comprendre les différentes réactions des mères à cette transition.

D'un point de vue psychologique ou spirituel, la transition vers la maternité est un événement qui marque des changements existentiels et une réorganisation des valeurs. La femme enceinte vit des questionnements entourant la douleur et les forces et limites de son corps; son appartenance à une société, voire au monde; la valeur de la vie, la mort, et le sens rattaché à ces deux dernières notions (Prinds, Hvidt, Mogensen, et Buus, 2014).

### *3.1.2.1. Facteurs influençant la transition*

Plusieurs auteurs ont étudié la transition vers la maternité et ont pu relever certains facteurs qui facilitent le passage à travers la première grossesse. Camberis, Gibson, McMahon et Boivin (2014) ont interrogé 240 femmes australiennes devenues mères plus tard dans leur vie. Leurs résultats suggèrent la maturité psychologique (significativement liée à l'âge) ainsi que l'adaptation à la grossesse qui se trouve à être améliorée, prédisent un ajustement positif à la période postnatale (Camberis et coll., 2014). L'équipe de Taubman-Ben-Ari (2009) a également

mis en lumière que les femmes (n=102) possédant de plus importantes ressources internes (contrôle de soi, estime de soi, style d'attachement) et ressources externes (relation maritale et soutien de la famille) ont vécu la transition vers la maternité de façon moins menaçante et ont pu maintenir une meilleure santé mentale. Par ailleurs, la présence d'un réseau social est un facteur à considérer en ce qui a trait à la transition vers la maternité. Une étude de Cutrona (1984) suggère qu'un réseau social inadéquat durant la grossesse peut contribuer au développement de conséquences négatives telles que la dépression post-partum ou un manque de sensibilité parentale. En outre, les travaux de Lederman (1996) montrent que la présence d'un partenaire de vie stable, disponible, attentionné avec lequel la femme enceinte entretient une relation de confiance est un facteur aidant. Également, la présence d'une relation mutuelle entre la femme enceinte et sa mère fait en sorte que cette dernière est susceptible d'apporter réassurance, enthousiasme et soutien à sa fille, et de devenir un modèle pour elle (Lederman, 1996). D'ailleurs, au niveau de l'environnement de travail, l'importance des modèles (*role models*) de même qu'un niveau d'éducation supérieur sont déterminants quant au passage des femmes à travers la grossesse (Hennekam, 2016).

Une étude sur la qualité de vie des femmes en transition vers la maternité (Mortazavi, Mousavi, Chaman et Khosravi, 2014) démontre que les participantes qui se trouvaient satisfaites de leur état de santé ont généralement décrit leur qualité de vie comme étant bonne. De plus, leurs résultats suggèrent qu'un faible revenu familial, le type d'emploi occupé, l'âge avancé ainsi qu'une grossesse non désirée sont des facteurs qui influencent négativement certains domaines de la qualité de vie des participantes (Mortazavi et coll., 2014). Le sentiment de cohérence<sup>2</sup> est l'un des indicateurs du bien-être durant la grossesse et de la future capacité à gérer les imprévus de la maternité (Sjöstrom et coll., 2004).

### 3.1.2.2. Contexte culturel : la mère parfaite

Même si elle s'y prépare activement, la femme enceinte n'est pas encore mère à proprement parler. Toutefois, on peut penser que les pressions sociales, dont la vision idéalisée

---

<sup>2</sup> Le sentiment de cohérence réfère au sentiment que l'événement vécu est compréhensible, significatif et maîtrisable (Antonovsky, 1987).

de la mère parfaite, planent déjà sur elle et peuvent modeler sa façon de vivre sa grossesse ou sa préparation à son futur rôle.

Damant, Chartré et Lapierre (2012) expliquent que la maternité est une notion qui s'est construite historiquement et culturellement, mais que c'est une vision idéalisée de la maternité qui façonne les discours politiques, économiques et sociaux entourant celle-ci. Les femmes sont responsables, ni plus ni moins, de la reproduction sociale. La mère doit en effet fournir éducation, soins, et sécurité aux futurs citoyens qu'elle élève, et il est attendu qu'elle organise sa vie en fonction des exigences de cette vie familiale. Si elle ne réussit pas cette tâche, elle sera vue comme une mauvaise mère, ou encore inapte ou déviante. Ces mères peuvent alors être pointées du doigt, marginalisées. Une grande pression est donc mise sur les femmes pour qu'elles se conforment à cette image idéalisée. Les auteurs (Damant et coll., 2012) indiquent même que toutes les femmes vivraient une pression, à la fois systémique et idéologique, pour correspondre au portrait de la mère parfaite. On peut comprendre que ceci alimente la crainte de ne pas être une bonne mère. La peur de la critique envers ses habiletés de mère est d'ailleurs un thème ressortant lors d'une étude qualitative menée chez 129 mères anxieuses (Brockington, Macdonald et Wainscott, 2006).

Plusieurs recherches, souvent qualitatives, ont documenté l'expérience de la maternité chez les femmes et les résultats obtenus démontrent que leur vécu est souvent bien différent de l'idéologie populaire. Cette dernière véhicule seulement des images positives où la mère s'oublie dans un rôle qu'elle est immédiatement apte à exercer naturellement (Choi, Henshaw, Baker et Tree, 2005). De fait, même si l'expérience des femmes est toute autre et que ce mythe de la mère parfaite est de plus en plus démenti dans la littérature populaire et dans les cours prénataux, cette idéologie demeure (Choi et coll., 2005). Par ailleurs, un grand nombre de chercheurs ont également documenté le fait que les femmes vivent un conflit quand elles font face à une réalité qui ne correspond pas à cette idéologie (Choi, et coll., 2005); et ces conflits peuvent contribuer à la dépression post-partum (Mauthner, 1999).

### *S'oublier pour devenir mère*

La maternité moderne a été décrite par Hays (1996, citée dans Malacrida et Boulton, 2012) comme un projet intensif où on attend des femmes qu'elles se sacrifient et soient en tout temps disponibles et engagées dans leur rôle de parent. Ainsi, la mère idéale est culturellement vue comme une femme dévouée qui abandonne son ancienne vie enfantine et individualiste vers une version supérieure de féminité (Malacrida et Boulton, 2012).

Dans la culture occidentale, l'autonomie et l'individualisme sont valorisés d'une part, alors que les discours entourant la maternité mettent l'accent sur l'abnégation<sup>3</sup> des femmes d'autre part. Selon Hartrick (1997), ceci offre un contexte bien nébuleux aux femmes mères qui sont en pleine redéfinition identitaire. Son interprétation des résultats recueillis suggère que les mères peuvent évoluer à travers trois états, soit agir sans réfléchir (*nonreflective doing*), vivre dans l'ombre (*living in the shadows*) et se réclamer et se découvrir (*reclaiming and discovering self*). Ainsi, « agir sans réfléchir » implique d'exercer un rôle et de vivre une vie qui a été façonnée par d'autres; les actions et les choix de la mère la mènent vers un idéal prescrit par la culture. Ensuite, la femme atteindra un point où les certitudes qu'elle avait pour sa vie seront remises en question et iront jusqu'à s'écrouler, c'est pourquoi elle « vivra dans l'ombre », en perte de contrôle et en transition. Enfin, elle pourra « se réclamer et se découvrir » puisqu'elle obtiendra une nouvelle perspective, reconnectera avec elle-même et redeviendra l'auteure de sa propre vie. Akerjordet et Severinsson (2010) sont arrivés à des résultats comparables en interrogeant de nouvelles mères à propos de leur perception du leadership réflexif en lien avec la maternité. En effet, « devenir une bonne mère en développant son identité propre », « gérer les craintes, les demandes et les engagements », « obtenir les ressources nécessaires pour agir en tant que mère » et « faire confiance aux autres et à son propre leadership » sont les thèmes identifiés à partir des propos des participantes.

---

<sup>3</sup> Sacrifice ou oubli volontaire de soi-même, dévouement.

## **3.2. La grossesse normale dans la vie de la femme québécoise**

### **3.2.1. Changements physiologiques et symptômes de la grossesse**

La grossesse normale engendre une panoplie de transformations physiologiques drastiques, et ce, dans presque tous les systèmes organiques corporels. Voici un résumé de ces transformations qui permettra de mieux comprendre l'étendue de tout ce qui se met en place chez la femme enceinte durant cette période.

D'abord, plusieurs des changements sont régulés par les hormones, qui sont produites, circulent et sont éliminées grâce au système endocrinien. Les hormones sont responsables, entre autres, du maintien de l'homéostasie et de la régulation de la croissance (Tucker Blackburn, 2008). Ensuite, le système cardiovasculaire est également très sollicité durant la grossesse. L'anatomie cardiaque, le volume sanguin, la pression artérielle, les débits cardiaque et sanguin ainsi que la résistance vasculaire sont transformés afin de pourvoir aux demandes de la mère et du fœtus en matière de circulation et d'éléments sanguins. Le système hématologique s'accommode également afin de répondre aux besoins additionnels en oxygène (Tucker Blackburn, 2008). Des changements structurels du système respiratoire ainsi qu'au niveau du volume pulmonaire, de la ventilation et des échanges gazeux sont également essentiels pour satisfaire les exigences métaboliques de la mère et du fœtus. En ce qui concerne le système rénal, tout se met en place également aux niveaux fonctionnel et structurel (filtration, débit sanguin rénal, équilibre électrolytique) afin de s'adapter aux besoins augmentés aux niveaux métaboliques et circulatoires (Tucker Blackburn, 2008).

Aussi, les besoins nutritionnels augmentent durant la grossesse et tous les organes du système gastro-intestinal s'y adaptent. Des changements considérables au niveau métabolique se produisent également pour assurer la croissance du fœtus. Les systèmes immunitaire et neuromusculaire sont aussi impliqués dans le processus de grossesse, mais de façon plus indirecte, ou moins bien connue. Enfin, c'est sûrement le système reproducteur féminin qui sera le plus sollicité, soit l'utérus, les ovaires, le vagin et les seins, et ce, autant pour nourrir et protéger le fœtus que lors de l'accouchement et éventuellement, lors de l'allaitement (Tucker Blackburn, 2008).

Tous ces changements physiologiques, bien que normaux, ne se font pas sans heurts; ils génèrent différents symptômes avec lesquels la femme enceinte doit composer. À ce jour, il est aisé de trouver de l'information sur les symptômes de la grossesse normale, autant dans la littérature grise que dans les articles scientifiques. Il y a plusieurs années, cependant, Zib, Lim et Walters (1999) jugeaient que le peu d'information disponible dans la littérature concernant les symptômes de la grossesse normale demeurerait souvent sans fondement. Ils ont ainsi mené une étude prospective contrôlée visant à répertorier les symptômes de la grossesse normale chez 117 femmes primipares ou multipares, et ont comparé la fréquence des symptômes avec un groupe contrôle de 119 femmes non enceintes. Sur les 75 symptômes que comportait le questionnaire, 38 survenaient avec une fréquence significativement différente chez les femmes enceintes. Les cinq principaux symptômes mentionnés par les femmes enceintes de l'étude étaient la fréquence de miction plus élevée, la fatigue, la pression pelvienne, l'insomnie et la douleur au bas du dos. Leurs résultats indiquent également que c'est le troisième trimestre de grossesse qui amène le plus de symptômes (Zib et coll., 1999).

Foxcroft et collaborateurs (2013) se sont basés sur les résultats de l'étude ci-haut (Zib et coll., 1999) afin de développer et valider un inventaire de symptômes de la grossesse auprès de 211 femmes enceintes. Leurs résultats indiquent que les cinq symptômes qui surviennent le plus souvent sont, dans l'ordre : la fréquence plus élevée des mictions, la fatigue, le manque de sommeil, la douleur au dos et les pertes vaginales. Également, la prévalence des symptômes qui sont liés à des limitations des activités quotidiennes a été rapportée, et les cinq symptômes limitant le plus le fonctionnement au quotidien sont, dans l'ordre : la douleur au dos, la fatigue, le manque de sommeil, les nausées et les maux de tête (Foxcroft et coll., 2013).

### **3.2.2. Recommandations pour les femmes enceintes au Québec**

Toute femme enceinte qui bénéficie d'un suivi durant sa grossesse reçoit des recommandations relatives à plusieurs activités du quotidien. D'abord, on remet aux femmes le guide Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans (INSPQ, 2018) qui inclue toutes les recommandations et la marche à suivre en cas de questionnements. Aussi, différentes recommandations concernent l'alimentation, l'hydratation et les mesures d'hygiène qui y sont rattachées (Gouvernement du Québec, 2018 ; Gouvernement du Canada, 2008), ainsi que la prise

de vitamines et minéraux (Gouvernement du Canada, 2008; Jin, 2017; Gouvernement du Québec, 2018). Puisque beaucoup de grossesses sont accidentelles, la prise d'acide folique quotidienne est recommandée pour toutes les femmes susceptibles de tomber enceintes, pas seulement pour celles qui le prévoient (Gouvernement du Canada, 2008; Jin, 2017)

En outre, l'alcool, le tabac et les drogues font l'objet de recommandations très claires de non-usage durant la grossesse (INSPQ, 2018, Gouvernement du Canada, 2008). En ce qui concerne l'exercice physique, on recommandait auparavant aux femmes enceintes de cesser toute activité physique durant la grossesse. Or, il est actuellement fortement conseillé de poursuivre l'activité physique durant une grossesse sans complication, et ce en raison de ses nombreux bienfaits autant pour la mère que pour le fœtus, ainsi que pour la santé à long terme de l'enfant (Gouvernement du Canada, 2008; Ferraro, Gaudet et Adamo, 2012). La pratique de l'exercice physique durant la grossesse n'augmente pas le risque de conséquences indésirables pour la mère ni pour le fœtus (Davies et coll., 2003).

D'autres recommandations faites aux femmes enceintes concernent les contacts avec des produits potentiellement nuisibles ou dangereux pour elle ou le fœtus. Parmi ces éléments à éviter, on trouve des composants chimiques contenus dans les produits domestiques ou d'usage personnel, certains parasites et les rayons X (INSPQ, 2018). De plus, il est recommandé de se faire vacciner adéquatement avant de voyager à l'étranger en raison des risques pour la mère ou le fœtus associés à certains virus (INSPQ, 2018 ; Jin, 2016).

### **3.2.3. Être enceinte au travail**

Au Canada, en 2017, 60,8% des femmes de 15 à 24 ans et 82,5% des femmes de 25 à 54 ans occupaient un emploi rémunéré (Statistique Canada, 2017). Le travail est donc une réalité avec laquelle doivent composer la plupart des femmes, incluant celles qui vivent une grossesse. Par ailleurs, le nombre de jeunes mères au travail a bien évolué dans les 35 dernières années. Au Québec, plus de 70% des femmes avec au moins un enfant d'âge préscolaire sont sur le marché du travail comparativement à moins de 40 % en 1980 (Cloutier-Villeneuve et Rabemananjara, 2016).



Cela dit, les femmes enceintes ont à composer avec certains enjeux persistants liés au milieu de travail. Salihu et collaborateurs (2012) ont réalisé une revue de littérature incluant les études canadiennes, anglaises, américaines et européennes menées entre 1990 et 2010 dont le sujet central était les enjeux de la grossesse en milieu de travail. Leurs résultats suggèrent que la majorité des études portant sur les enjeux légaux entourant la maternité au travail se concentrent sur l'aspect de la discrimination. Malgré les lois existantes dans ces pays, les femmes enceintes vivaient de la discrimination en lien avec leur grossesse (Salihu et coll., 2012). En général, les conditions de travail standards poseraient peu de risques pour le fœtus, alors que les études portant sur les risques physiques, biologiques ou chimiques au travail montrent des résultats peu concluants. D'autres études répertorient des impacts psychosociaux tels que les tensions liées aux conflits de rôle ainsi que la perception négative des femmes enceintes au travail; ceci les oblige à adopter des stratégies pour être traitées comme les autres employés (Salihu et coll., 2012). Une étude qualitative américaine démontre également que les femmes enceintes ont souvent encore à négocier la légitimité de leur grossesse au travail ainsi que la redéfinition de tâches à laquelle elles ont droit, leur congé de maternité ou leurs absences pour des rendez-vous médicaux liés à la grossesse (Greenberg et coll., 2009). Les participantes de cette étude sentent qu'elles doivent réfuter les croyances de leurs collègues concernant l'incompétence ou le manque d'engagement au travail que démontreraient les femmes enceintes (Greenberg et coll., 2009). Une étude canadienne rapporte aussi que 8,9% des femmes enceintes interrogées ont mentionné avoir peur de perdre leur emploi, 20,3% craignent de ne pas obtenir de promotion et 40,6% étaient préoccupées du fait que certaines de leurs tâches pouvaient nuire au bébé (Metcalf, Vekved et Tough, 2014).

Quoi qu'il en soit, le soutien aux femmes enceintes joue un rôle considérable en milieu de travail; les femmes enceintes qui se sentent soutenues par leur employeur sont plus susceptibles de retourner au travail après la naissance (Salihu et coll., 2012). D'ailleurs, 81,6% des participantes de l'étude de Metcalfe et collaborateurs (2014) ont rapporté que des mesures de soutien leur ont été accordées par leur milieu de travail durant leur grossesse.

### 3.2.3.1. Programmes et recours au Québec

On recommande aux femmes enceintes de parler à leur médecin de leurs inquiétudes en lien avec la présence de risques potentiels en milieu de travail (INSPQ, 2018). Il existe au Québec le programme *Pour une maternité sans danger* géré par la CNESST; l'employée enceinte ou allaitante peut obtenir une modification temporaire de ses tâches ou cesser de travailler en bénéficiant d'indemnités (CNESST, 2018a). Des 35 664 réclamations faites à la CNESST en 2016, 92,8% ont été acceptées (CNESST, 2018b).

En ce qui a trait aux congés, le programme RQAP est en vigueur au Québec depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006. Des prestations sont prévues pour tous les travailleuses et travailleurs (autonomes ou salariés) admissibles qui désirent prendre un congé de maternité, de paternité, parental ou d'adoption (Gouvernement du Québec, 2009).

### 3.2.4. Préoccupations chez la femme enceinte

La transition développementale qu'est la grossesse est une période aussi bénéfique que vulnérable au niveau biologique, mais également au point de vue psychologique (Sjöström et coll., 2004). Inévitablement, l'acquisition prochaine d'un rôle si important apporte son lot de préoccupations à la future mère; ces inquiétudes peuvent prendre une place importante au quotidien. Pour donner quelques exemples, l'acceptation de la grossesse, la reconnaissance de son rôle maternel, la préparation à l'accouchement, la peur de la douleur, du manque de soutien ou de la perte de contrôle durant l'accouchement ainsi que le bien-être de soi et du bébé font l'objet de préoccupations chez les femmes enceintes (Tulman et Fawcett, 2003).

Faire ses choix peut s'avérer préoccupant pour les femmes qui vivent une première grossesse. D'abord, les femmes enceintes vivent le souci de l'accouchement « idéal », qu'il soit médicalisé ou naturel, selon les pressions sociales et/ou les visions culturelles présentes (Malacrida et Boulton, 2012). De plus, une revue de littérature suggère que le système de santé actuel s'attarde surtout aux aspects biomédicaux et physiques de la transition vers la maternité alors que l'expérience spirituelle et existentielle qui y est rattachée n'est pas vraiment considérée (Prinds et coll., 2014).

Selon Darvill et collaborateurs (2010), la femme enceinte voit son corps changer, se sent plus vulnérable physiquement et sent qu'elle doit protéger son bébé à naître; ceci contribue à un sentiment de perte de contrôle. Elle remet aussi en question ses habiletés et doit ainsi apprendre à se fier à son ou sa partenaire de vie, en plus d'avoir à apprivoiser la transformation de sa situation individuelle ou de couple qui évolue vers la famille (Darvill et coll., 2010). Par ailleurs, comparativement à la population générale, la femme enceinte présente de plus en plus de peurs hypocondriaques au fil des trimestres de la grossesse, et le troisième trimestre est marqué par une peur de mourir ainsi que des préoccupations corporelles plus importantes (Fava et coll., 1990).

Qui plus est, les femmes enceintes ont à cœur leur propre bien-être durant la grossesse, et s'inquiètent aussi de leur santé et celle de leur futur enfant (Sjöstrom et coll., 2004, Seefat-van Teeffelen, Nieuwenhuijze et Korstjens, 2011). Cela les pousse à prendre en main leur propre bien-être et à devoir rechercher du soutien durant la transition vers la maternité (Seefat-van Teeffelen et coll., 2011). Le souci des mères concernant la santé familiale demeure après l'accouchement (Kaitz, 2007), de même que le désir d'offrir un environnement sain à l'enfant (Edvardsson et coll., 2011).

### **3.3. Occupations et grossesse**

#### **3.3.1. Occupations relatives à la grossesse**

Plusieurs études ont recensé les occupations relatives à la grossesse, mais peu le font d'un point de vue ergothérapique. Une recherche de Stephenson et collaborateurs (2014) a été réalisée auprès de 1173 femmes sur la préparation à la grossesse. La prise d'acide folique, l'adoption d'une alimentation plus saine, la réduction de la prise d'alcool, ainsi que la consultation de professionnels de la santé et d'autres sources d'informations sur les comportements de santé à adopter avant la conception faisaient partie des actions mises en place (Stephenson et coll., 2014).

La préparation à la maternité fait également l'objet d'une récente analyse du concept (Osorio-Castaño, Carvajal-Carrascal et Rodríguez-Gázquez, 2017), où une revue de littérature a été réalisée. Ainsi, la préparation à la maternité se fait durant la grossesse et inclut une préparation « physique » c'est-à-dire pratique et concrète, soit la recherche d'informations, la

demande de ressources financières, l'optimisation de la santé par des changements à ses habitudes de vie, la participation à des activités ou à des ateliers prénataux, et enfin, la préparation à l'accouchement.

M'hamdi, Sijpkens, de Beaufort, Rosman, et Steegers (2018) ont étudié qualitativement la préparation à la maternité chez des participantes des Pays-Bas présentant un statut socioéconomique plus bas relativement à un niveau de scolarité allant de faible à intermédiaire. Elles présentent surtout des préoccupations en lien avec la recherche de soins de santé, leur propre santé et la fertilité et connaissent en général les nouvelles occupations ou comportements à adopter. Cependant, l'étude suggère que même si elles savent quoi faire, les participantes n'ont pas toujours mis en place ces pratiques.

Esdaile, Farrell et Olson (2004) stipulent que la grossesse et l'accouchement exigent certaines occupations de la part de la femme enceinte. Ces nouvelles occupations incluent l'attente de l'enfant en soi, la préparation à l'expérience de l'accouchement ainsi que la préparation du milieu de vie et de la famille à la venue d'une personne additionnelle (Esdaile et coll., 2004).

Concernant les rites de consommation rattachés à la transition vers la maternité (Afflerback et coll., 2014), le fait de se procurer des biens destinés au futur enfant ou aux soins qui lui seront apportés aiderait la femme à se sentir comme une « bonne mère » et à faire partie du groupe social que forment les mères. Les rituels que sont la construction du nid et le fait de recevoir des cadeaux font partie de la préparation à la maternité et impliquent des occupations liées à la consommation de biens.

### *3.3.1.1. Recherche d'information et de soutien*

L'utilisation d'internet et de ses diverses applications est omniprésente. Par exemple, les applications web et les blogues sont des moyens largement utilisés pour la recherche d'information sur la santé (Krebs et Duncan, 2015). Par ailleurs, l'internet joue un rôle prépondérant dans la recherche d'information et la prise de décision entourant la grossesse chez les femmes enceintes. En effet, une étude de Lagan, Sinclair et Kernohan (2010) auprès de 613

répondantes de 24 pays montre que 97% de ces femmes ont utilisé le web en lien avec leur grossesse, que ce soit pour chercher de l'information, obtenir du soutien via des réseaux sociaux, faire des achats, compléter les informations reçues par leur médecin ou aider la prise de décision entourant la grossesse (Lagan et coll., 2010).

De plus, Plantin et Daneback (2009) suggèrent que la majorité des parents cherchent des informations ainsi que du soutien social sur le web. Les femmes de la classe moyenne âgées entre 30 et 35 ans qui vivent la maternité pour la première fois seraient les plus grandes utilisatrices du web pour la recherche de renseignements sur la santé et sur le rôle de parent (Plantin et Daneback, 2009). De plus, les résultats d'une étude menée auprès de 114 futures mères et 21 futurs pères montrent que 97,7% des utilisateurs d'internet, soit presque la totalité, ont fait des recherches sur la grossesse (Lima-Pereira, Bermúdez-Tamayo et Jasienska, 2011). Une étude italienne (Bert et coll., 2013) arrive approximativement aux mêmes résultats pour le nombre de femmes enceintes qui consultent l'internet relativement à leur grossesse, soit 95% d'utilisatrices (n=1347).

En outre, l'utilisation d'internet procure des bénéfices collatéraux, et les plus importants bénéfices ont été constatés au niveau de l'utilisation du web de manière sociale, qui inclue la création de liens avec autrui, ainsi que de manière personnelle, qui inclue la santé, les loisirs et l'actualisation de soi (Van Deursen et Helsper, 2018). En ce qui a trait aux bienfaits éventuels de l'utilisation d'internet en lien avec la grossesse, une étude d'Özkan Şat et Yaman Sözbir (2018) menée auprès de 230 femmes enceintes de 35 à 40 semaines démontre que l'utilisation d'applications mobiles est significativement corrélée à deux critères d'adaptation à la grossesse, soient l'acceptation de la grossesse et la relation avec le conjoint.

### **3.3.2. Occupations modifiées durant la grossesse**

Comme l'indique l'étude d'Edvardsson et collaborateurs (2011), les futurs parents changent généralement leur style de vie durant la grossesse. Cela implique évidemment les occupations quotidiennes. Le tabagisme et la consommation d'alcool sont des habitudes naturellement évitées par les participants en raison des risques pour la santé du fœtus qui sont bien connus. Toutefois, les participants qui se disent en santé sont moins motivés à changer leurs

autres habitudes de vie durant la grossesse, car ils n'y voient pas l'intérêt (Edvardsson et coll., 2011).

Des types d'occupations modifiées durant la grossesse, le plus documenté est sans doute l'activité physique. En effet, un grand nombre de recherches rapportent une diminution de l'intensité et/ou de la durée des périodes d'exercice physique durant la grossesse, et ce, dans plusieurs pays (Abbasi et van den Akker, 2015; Merkx, Ausems, Budé, de Vries et Nieuwenhuijze, 2017; Coll et coll., 2016; Fell, Joseph, Armson et Dodds, 2008; Ferraro, Gaudet et Adamo, 2012; Clarke, Rousham, Gross, Halligan, et Bosio, 2005). Par exemple, une étude canadienne réalisée auprès de 1737 femmes durant les 20 premières semaines de grossesse démontre que plus du tiers (37,8%) des femmes actives ont cessé l'exercice physique durant la grossesse et seulement 11,1% des femmes inactives ont débuté l'exercice physique au cours de leur grossesse (Fell et coll., 2009). Une autre étude réalisée au Brésil auprès d'une cohorte de 3906 femmes montre que la proportion des femmes actives ( $\geq 150$  min d'activité physique par semaine) passe de 11,3% avant la grossesse et diminue chaque trimestre pour terminer à 0,1% après l'accouchement (Coll et coll., 2016). En ce qui concerne la sexualité, Katz (2010) affirme que la plupart des études soutiennent une diminution des activités sexuelles au cours de la grossesse, beaucoup plus marquée vers le troisième trimestre.

Au niveau des activités domestiques, les résultats d'une étude de Clarke et collaborateurs (2005) menée auprès de 57 participantes démontrent une augmentation du temps alloué aux tâches domestiques légères au détriment des tâches plus lourdes. En ce qui a trait au travail, le nombre de pauses a augmenté et le nombre d'heures de travail a diminué au troisième trimestre. Le départ pour le congé de maternité était en moyenne vers 33 semaines de grossesse.

Dans les soins personnels, le sommeil est également une occupation de la vie quotidienne qui change au cours de la grossesse. Le nombre d'heures de sommeil augmente, mais la qualité diminue puisque la durée des éveils et la fréquence des levers augmente en cours de grossesse (Clarke et coll., 2005; Lee, Zaffke, et McEnany, 2000). Peu de femmes enceintes changent ou ont l'intention de changer leurs habitudes concernant l'utilisation de cosmétiques selon une étude de Marie, Cabut, Vendittelli, et Sauvart-Rochat (2016) menée en France. Une étude menée

auprès de 80 femmes enceintes canadiennes indique que l'usage de produits d'hygiène reste constant au cours de la grossesse alors que l'utilisation des cosmétiques diminue tout au long de celle-ci (Lang et coll., 2016).

### **3.4. Pertinence de l'étude**

Étant donné que la perturbation du quotidien durant la transition vers la maternité est identifiée par les participantes de plusieurs études qualitatives (Nelson, 2003) et que la période périnatale exige certaines occupations (Esdaile et coll., 2004), il apparaît pertinent de documenter le vécu de femmes vivant une première grossesse à l'aide d'une lunette ergothérapique. Cette période de la vie de la femme est effectivement une transition de vie peu documentée. Qui plus est, il est du devoir des ergothérapeutes d'apprendre des mères en santé et vivant une situation « normale » afin de mieux accompagner les mères en difficulté au cours de cette transition. Manifestement, les défis de la maternité ne sont pas insurmontables, mais pourraient le devenir pour certaines mères, particulièrement celles qui ont à composer avec différentes problématiques.

### **3.5. Objectifs de l'étude**

Compte tenu des informations recueillies dans la littérature, il est pertinent d'interroger des femmes enceintes en santé, vivant une première grossesse normale par ailleurs, au sujet de leurs occupations au quotidien. Les objectifs poursuivis par cette recherche auprès de ces femmes sont les suivants :

- 1) documenter les occupations ou modifications d'occupations relatives à la première grossesse ;
- 2) comprendre leur vécu quant aux modifications d'occupations au quotidien ;
- 3) explorer comment leurs préoccupations influencent leur quotidien.

## **4. CADRE THÉORIQUE**

### **4.1. Le Modèle de l'Occupation Humaine**

Le cadre conceptuel choisi pour cette étude est le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) élaboré par Gary Kielhofner (Kielhofner, 1980a; 1980b, Kielhofner et Burke, 1980; Kielhofner, Burke et Heard Igi, 1980), et plus particulièrement, certains concepts de ce modèle qui seront mieux détaillés ci-après. Le MOH est un modèle très connu en ergothérapie; c'est d'ailleurs l'un des plus utilisés internationalement par les ergothérapeutes (Lee et coll., 2012). Les différents concepts du MOH font l'objet d'une explication plus détaillée dans les prochains paragraphes. En premier lieu, il faut savoir que le MOH s'érige sur trois grands concepts, soient l'Être, l'Agir, et le Devenir.

#### **4.1.1. L'Être**

L'Être, soit l'ensemble de toutes les composantes de la personne en elle-même, comprend trois notions, soient la volition, l'habitation et la capacité de rendement. La volition réfère en quelque sorte à la motivation d'une personne à vouloir réaliser une occupation. C'est la faculté de vouloir agir; elle peut s'apprécier par l'efficacité d'une personne lorsqu'elle est active et par ce que la personne considère important et agréable à réaliser (Kielhofner, 2004; Taylor et Kielhofner, 2017). Cet aspect peut s'avérer pertinent dans le cadre de cette étude portant sur un projet de vie tel que la première grossesse. La volition comprend trois dimensions: les intérêts de la personne, ses valeurs, et ses déterminants personnels. Les intérêts désignent ce qu'une personne considère comme agréable ou satisfaisant lorsqu'elle pratique une activité ; elle est attirée par cette activité et l'anticipe positivement (Kielhofner, 2004). Les valeurs d'une personne définissent ce qui vaut la peine d'être accompli, ainsi que les buts et aspirations qui méritent un engagement de sa part (Kielhofner, 2004). Les déterminants personnels de l'individu, quant à eux, désignent en quelque sorte l'ensemble de ses pensées et sentiments à l'égard de ses propres capacités ; en fait, envers ses habiletés et son efficacité à obtenir ce qu'il désire. Ces déterminants personnels sont influencés par le contexte social et culturel de la personne, par ses aptitudes et par les contraintes et facilitateurs rattachés à ces aptitudes qui surviennent au cours de la vie. Ainsi, ces trois dimensions sont naturellement essentielles dans tout projet occupationnel vécu positivement ; mener à bien une grossesse désirée requiert généralement



d’agir conformément à ses valeurs et selon ce que l’on aime, et de mettre en œuvre toute aptitude afin d’y parvenir.

L’habituatation réfère à l’ensemble des rôles d’une personne ainsi que ses habitudes, ou routines. Celle-ci instaure une relation entre la personne et ses différents environnements et soutient son fonctionnement (Kielhofner, 2004). L’individu acquiert un rôle à force d’intérioriser des comportements et attitudes appris grâce à leurs interactions avec les autres. Ainsi, le rôle, qui modèle les actions et attitudes, a un effet considérable sur le sens identitaire (Kielhofner, 2004). Tel que mentionné en début de section, il va sans dire que la grossesse mène vers un rôle très important de la vie de la femme, dont l’exécution assure même la continuité de l’humanité: le rôle de mère. Les habitudes sont en quelque sorte des tendances à agir ou réagir dans les occupations par des automatismes, dans des environnements ou situations familiers (Kielhofner, 2004). Ce concept s’avère fort utile pour la présente étude. En effet, comme la grossesse constitue une transition; le concept d’habituatation permet d’appréhender comment les futures mères vont modifier ou adapter leurs habitudes et/ou comportements pendant la grossesse, transformant leurs routines quotidiennes.

#### **4.1.2. L’Agir**

Le volet de l’Agir comporte les sphères des habiletés (de communication et d’interaction, opératoires et motrices), de la participation et du rendement (Kielhofner, 1995). Ces concepts sont très pertinents en contexte ergothérapique. Cependant, comme cette étude ne visait pas directement à explorer les habiletés des participantes ni leur rendement occupationnel, ces concepts ne seront pas décrits plus en détail ici.

#### **4.1.3. Le Devenir**

Trois concepts pertinents pour le sujet qui nous intéresse et étroitement reliés à l’occupation sont inclus dans la dernière catégorie qu’est le Devenir, soit l’adaptation occupationnelle, l’identité occupationnelle et la compétence occupationnelle. L’adaptation occupationnelle est définie comme étant « la construction d’une identité positive et la réalisation de la compétence au fil du temps dans le contexte de l’environnement propre à un individu » (Kielhofner, 2004). L’adaptation occupationnelle est constituée des deux autres éléments

importants et connexes : l'identité occupationnelle et la compétence occupationnelle. L'identité occupationnelle fait référence à ce que devient l'individu au cours de sa vie en tant qu'être occupationnel. Elle se rapporte à la participation, et donc aux actions de l'être (Kielhofner, 2004) et est ainsi en constante transformation. La compétence occupationnelle correspond en quelque sorte au niveau auquel la participation d'une personne reflète son identité occupationnelle, ou encore à sa capacité de réaliser cette identité (Kielhofner, 2004). Ces concepts renvoient aux aptitudes de la personne pour accomplir les activités auxquelles elle s'identifie. Ces concepts peuvent potentiellement bien illustrer différentes transitions qu'un individu a à vivre dans sa vie; la grossesse en est un exemple. La femme détient-elle les capacités et les connaissances pour vivre sa grossesse de la façon désirée? Pose-t-elle des actions en accord avec ses désirs, réussit-elle à s'adapter malgré les contraintes?

#### **4.1.4. L'Environnement**

Les environnements d'une personne agissent tout autour des différents concepts puisqu'ils s'influencent les uns les autres. En effet, les contextes immédiats, locaux et globaux influencent de façon importante l'engagement, la performance et la participation occupationnels (Taylor et Kielhofner, 2017). Relativement au sujet de l'étude, il semble évident que l'environnement influence considérablement les occupations reliées à la grossesse. Ainsi, l'environnement influence la motivation, les habitudes et les aptitudes à réaliser les occupations (Kielhofner, 2004). La femme enceinte peut effectivement rencontrer des facilitateurs et des obstacles à ses actions, lesquels peuvent provenir de son environnement, tant physique que social. Dans le contexte du MOH, l'environnement physique désigne les espaces naturels et aménagés ainsi que leur contenu, dans lesquels évolue la personne. L'environnement social se compose des groupes de personnes entourant l'individu ainsi que tout ce qu'il est possible de faire dans un contexte social donné (Kielhofner, 2004).

La figure 1 présente une adaptation du schéma du Modèle de l'Occupation Humaine de Kielhofner (1980a, 1980b, Kielhofner et Burke, 1980; Kielhofner, Burke et Heard Igi, 1980). Les concepts les plus pertinents à l'exploration des occupations et préoccupations d'une première grossesse, soit l'Être et le Devenir, sont en couleur.

## **4.2. Justification du choix de modèle théorique**

Le choix de ce modèle repose principalement sur ses concepts qui s'harmonisent particulièrement bien avec la transition qu'est la première grossesse dans la vie de la femme enceinte. D'abord, tout au long de sa grossesse, cette dernière se prépare pour un nouveau rôle : elle devient peu à peu une mère. Elle poursuit sa grossesse en posant des actions qui correspondent à ses propres valeurs et ses intérêts. Aussi, plusieurs éléments de son environnement social et physique, en plus de ses déterminants personnels, l'accompagnent et l'aident dans ce processus. De plus, on suppose que, le plus souvent, la femme change ses habitudes et ses routines, parfois parce que la grossesse le lui impose, et/ou par choix, c'est-à-dire pour donner le meilleur à son enfant. L'expérience de la grossesse nécessite alors une adaptation, ou une modification des occupations, vue ici comme l'adaptation occupationnelle telle que proposée dans le MOH.

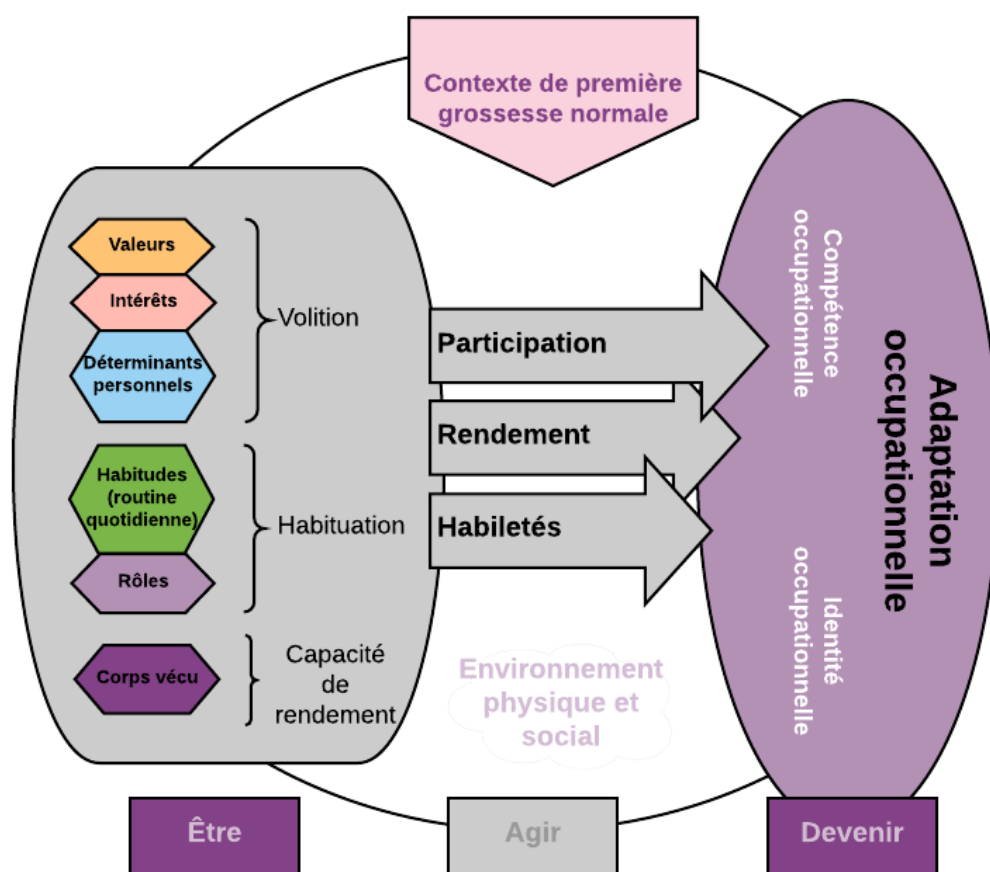


Figure 1. Concepts du Modèle de l'Occupation Humaine, adaptés à partir de la modélisation de Kielhofner (1980a, 1980b, Kielhofner et Burke, 1980; Kielhofner, Burke et Heard Igi, 1980).

## **5. MÉTHODE**

### **5.1. Devis**

Le devis phénoménologique a été privilégié pour cette étude. En effet, ce type de devis est adéquat puisqu'il s'agit d'une étude exploratoire visant à comprendre les expériences personnelles telles que vécues par les participantes (Fortin et Gagnon, 2016). Ici, on s'intéresse au vécu de femmes enceintes d'un premier bébé, surtout au niveau de leurs occupations et préoccupations du quotidien. Puisque le contexte s'y prêtait, l'étudiante-chercheuse a pris part à sa propre étude. Ainsi, le devis phénoménologique utilisera ici deux méthodes de collectes de données.

### **5.2. Participants et méthode d'échantillonnage**

Pour réaliser cette étude, des femmes enceintes de plus de 15 semaines d'un premier enfant ou ayant accouché depuis moins de 6 mois avant l'entrevue ont été recrutées selon une méthode d'échantillonnage par réseau. En effet, l'étudiante-chercheuse a sollicité son entourage afin d'être mise en contact avec des femmes intéressées à l'étude qui répondaient aux critères de sélection. Une lettre de recrutement a été rédigée à cet effet (Annexe C).

#### **5.2.1. Critères d'inclusion et d'exclusion**

Les participantes devaient être enceinte d'au moins 15 semaines de leur premier enfant et poursuivre une grossesse normale (sans complication, ni grossesse multiple). Aucune restriction d'âge n'a été mise en place. Elles devaient habiter au Québec et bien comprendre et parler le français. Étaient exclues les participantes présentant toute condition ou diagnostic au niveau de la santé physique ou mentale qui pouvait : limiter la compréhension ou la participation à la grossesse (ex. : handicap ou incapacité physique qui empêche d'utiliser du téléphone, de comprendre les questions d'entrevue ou d'y répondre, de se concentrer pendant une durée de 90 minutes, etc.). Les femmes ayant vécu des événements difficiles à aborder entourant la grossesse (ex. infertilité, perte d'un être cher durant la grossesse, etc.) devaient s'abstenir de participer à moins d'avoir spécifié être prête à éventuellement discuter de ces sujets. Les femmes ayant déjà vécu une première grossesse étaient aussi exclues, étant donné qu'elles sont déjà mères et qu'elles pouvaient avoir développé et mis en place des mécanismes d'adaptation à la grossesse.

### **5.3. Méthode de collecte de données**

Deux outils ont été exploités pour recueillir l'expérience vécue des participantes, soit l'entrevue semi-dirigée et le journal de bord.

#### **5.3.1. Questionnaire**

Un questionnaire socio-démographique composé de 15 questions permettant de recenser les caractéristiques des participantes afin d'en obtenir un portrait global a été utilisé (Annexe E). Le temps de passation était d'environ 10 minutes.

#### **5.3.2. Entrevue semi-dirigée**

Une entrevue semi-structurée a été réalisée auprès de chaque participante. Le canevas d'entrevue était constitué de 15 questions ouvertes (Annexe D) pour permettre aux participantes de s'exprimer et de partager librement leurs perceptions sur les occupations relatives à leur première grossesse et les changements vécus au quotidien. Les entrevues pouvaient être réalisées en personne, ou par téléphone étant donné la distance considérable à parcourir dans certains cas et la situation personnelle de l'étudiante réalisant les entrevues (fin de grossesse) et de la participante (grossesse ou bébé naissant).

#### **5.3.3. Journal de bord**

L'étudiante-chercheuse a rempli quotidiennement un journal de bord (Annexe F) pour noter ses observations quant à ses occupations quotidiennes reliées à la première grossesse; il s'agit de la méthode de l'observateur participant. Cet outil a permis à l'étudiante-chercheuse de récolter des données sur sa propre expérience subjective de la première grossesse.

### **5.4. Déroulement**

Dès l'obtention du certificat éthique (voir section 5.6), l'étudiante-chercheuse a procédé au recrutement via son entourage et contacté par courriel les participantes intéressées. Ainsi, le questionnaire sociodémographique a été envoyé par courriel à chacune des participantes, ainsi que le canevas de l'entrevue. Ce dernier a été envoyé quelques jours avant l'entrevue afin que les participantes puissent connaître la teneur exacte des questions et se préparer à l'entrevue, si

désiré. Le moment de rendez-vous a ensuite été convenu avec chaque participante et l'entrevue individuelle a eu lieu, par téléphone ou en personne, selon les possibilités de la participante. Chacune des conversations a été enregistrée sur bande audionumérique, puis intégralement transcrite aux fins d'analyse. La durée moyenne des entretiens a été de 55 minutes.

Le vécu de l'étudiante-chercheuse en lien avec sa grossesse a été consigné dans le journal de bord, du 20 novembre 2017 au 4 mars 2018, soit de la 27<sup>e</sup> semaine de sa grossesse jusqu'au jour de son accouchement. La collecte a eu lieu quotidiennement, sauf pour quelques fois où il n'a pas été possible de remplir le journal le jour-même, l'étudiante-chercheuse y est alors allée de mémoire.

## **5.5. Analyse des données**

### **5.5.1. Questionnaire**

Les données provenant des questionnaires sociodémographiques ont été compilées en tableau à l'aide du logiciel Microsoft Excel afin d'obtenir un portrait global des participantes.

### **5.5.2. Entrevues semi-dirigées et journal de bord**

Les données qualitatives recueillies en entrevue ainsi que le contenu du journal de bord de l'étudiante-chercheuse ont fait l'objet d'une analyse afin de dégager les principales catégories d'expériences vécues en lien avec les occupations et préoccupations relatives à la grossesse. Suite à la première lecture, une première analyse a été faite, puis une réduction du nombre de thèmes a été opérée par segmentation, soit en regroupant ces derniers le plus possible et en conservant les thèmes les plus révélateurs. Le logiciel QDA Miner 5 (Recherches Provalis, 2018), soit sa version d'essai, a été utilisée pour identifier les catégories de façon visuelle directement dans le texte des verbatim, puis pour regrouper les segments par la suite.

## **5.6. Considérations éthiques**

Ce projet de recherche a été soumis et accepté par le comité d'éthique de la recherche avec des humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Le certificat d'éthique (Annexe A) porte le numéro CDERS-18-12-06.01 et est valide du 5 février 2018 au 5 février 2019.

### **5.6.1. Consentement**

Afin d'obtenir leur consentement libre et éclairé, toutes les participantes ont reçu une lettre d'information exhaustive conçue spécifiquement pour l'étude et y détaillant tous les éléments à considérer (Annexe B), tel que demandé par le comité d'éthique de la recherche avec des humains de l'UQTR. Elles devaient signer la dernière page, soit le formulaire de consentement, et le retourner à l'étudiante-chercheuse avant de passer l'entrevue semi-dirigée.



## 6. RÉSULTATS

Cette section comprend deux parties, soit la description des participantes et de la collecte de données faite auprès de chacune d'elles, puis celle des principaux thèmes et sous-thèmes dégagés lors de l'analyse de contenu des entretiens réalisés avec les participantes et le journal de bord de l'étudiante-chercheuse.

### 6.1. Participants et collecte de données

Six femmes enceintes d'un premier enfant et une nouvelle mère ont participé à l'étude, en plus de l'étudiante-chercheuse ( $n = 8$ ). Leurs caractéristiques sont présentées dans le Tableau 1 ci-après. La totalité des participantes sont québécoises et de langue maternelle française. Les participantes, toutes en couple ou mariées, étaient âgées de 23 à 35 ans (âge moyen de  $28,5 \pm 4,2$  ans) au moment de la collecte de données et provenaient de six des 17 régions administratives du Québec. Leurs professions, scolarité et revenu familial sont variés. Les détails de la collecte de données réalisée auprès de chaque participante se trouvent dans le Tableau 2.

Tableau 1. *Caractéristiques des participantes au moment de l'entrevue*

Caractéristiques		n = 8
État civil	Mariée	2
	En couple ou conjointe de fait	6
Scolarité	DEP	1
	Baccalauréat	4
	Maîtrise ou DESS	3
Profession*	Coiffeuse	1
	Conseillère en ressources humaines	1
	Éducatrice en garderie	1
	Enseignante	2
	Ergothérapeute	2
	Étudiante	1
	Infirmière clinicienne	1
Trimestre de grossesse**	Deuxième (semaine 14 à 28)	3
	Troisième (semaine 28 à 40)	3
	Bébé de moins de 6 mois	1
Retrait préventif?	Oui	3
	Non	5
Grossesse planifiée?	Oui	4
	Non	4

\* Certaines participantes occupaient deux titres d'emploi au moment de l'entrevue.

\*\* L'étudiante-chercheuse n'a pas été incluse puisque son journal de bord s'étale sur les deux derniers trimestres.

Tableau 2. *Informations sur la collecte de données*

Date(s) de la collecte	Durée	Mode de collecte
Du 20-11-2017 au 04-03-2018	14 semaines	Journal de bord quotidien
08-02-2018	51 min.	Entrevue téléphonique
09-02-2018	58 min.	Entrevue téléphonique
13-02-2018	32 min.	Entrevue téléphonique
15-02-2018	62 min.	Entrevue en personne
14-02-2018	58 min.	Entrevue téléphonique
17-02-2018	62 min.	Entrevue téléphonique
26-04-2018 et 27-04-2018	58 min.	Entrevue téléphonique

## 6.2. Résultats des analyses phénoménologiques

Les principaux thèmes ayant émergé des entrevues et du journal de bord sont élaborés ci-après. Il sera d'abord question des occupations spécifiques à la grossesse, puis, en second lieu, des occupations qui ont dû être modifiées, adaptées ou cessées durant la grossesse pour diverses raisons. La troisième section traite des perceptions recensées.

### 6.2.1. Occupations spécifiques à la grossesse

Une première grossesse, comme tout projet de vie non encore expérimenté, implique la réalisation d'occupations spécifiques, d'autant plus que la grossesse présente des facettes affective, sociale, biologique ou médicale, financière, etc. Les analyses des résultats entourant les occupations spécifiques à la grossesse se trouvent dans les prochaines sections.

#### 6.2.1.1. Préparer son corps à la grossesse et devenir enceinte

Tel qu'attendu, planifier une première grossesse apporte son lot de nouvelles occupations. Tout d'abord, face à l'inconnu, la plupart des participantes se sont informées : « Je regardais beaucoup les blogues, des trucs sur Facebook, des sites gouvernementaux aussi, des sites fiables. J'allais aussi chercher l'information des gens, [...] de mes connaissances, je travaille dans le milieu médical fait que c'est sûr qu'on s'informe [...] »<sup>4</sup> (participante 2).

De plus, vouloir un enfant implique de préparer son corps et/ou d'agir en prévention, tel que recommandé par le médecin. Ceci nécessite des ajouts dans la routine, par exemple : « [...] on m'avait aussi prescrit vitamine D et acide folique, une bonne dose quand même, [...]. Ça je

<sup>4</sup> Les phrases entre guillemets correspondent à des extraits de verbatim provenant des données obtenues lors des entrevues.

prenais ça quotidiennement, mais depuis pratiquement 2 ans, [...] ça a fait en sorte aussi que même si c'était arrivé plus vite que prévu, je n'ai pas eu d'inquiétude à ce niveau-là parce que je savais au moins au niveau tube neural et toutes les précautions-là » (participante 6).

Également, devenir enceinte exige souvent la mise en place de nouvelles habitudes ou l'utilisation d'outils et ce, quotidiennement : « [...] j'avais plein d'amies aussi qui m'avaient dit "regarde ta température" , [...] j'ai compté mes jours, j'ai analysé mes cycles » (participante 5), « J'ai commencé à prendre plein de trucs, comme l'huile d'onagre, ça stimule la fertilité supposément » (participante 2). « [...] j'avais une application où je suivais mon cycle et où je marquais mes pertes, [...] les relations sexuelles que j'avais sans protection [...] » (participante 2).

Les analyses montrent d'autres occupations qui semblent évidentes dans ce contexte, mais qui prennent toutefois une place importante dans le quotidien : « On s'essayait ça faisait six mois, donc ce n'était pas mon premier test de grossesse, ça devait être mon vingtième... », « depuis janvier on s'essayait comme plus [...] » (participante 2).

#### *6.2.1.2. Utiliser des ressources professionnelles pour s'assurer que tout va bien*

Les analyses montrent un souci des participantes de leur santé ainsi que celle du bébé. En effet, les participantes ont eu recours aux services du système de santé durant leur grossesse : « [...] le Zika, ils sont capables de le détecter autour de la trentième semaine, fait que moi j'ai l'écho[graphie] dans deux semaines, comme préventive [...] » (participante 1). Cependant, ces occupations « obligatoires » doivent tout de même être planifiées : « J'ai passé tout l'après-midi là-bas, j'ai manqué mon cours... tests d'urine, enzymes hépatiques, *monitoring* du bébé, même un électrocardiogramme. C'est long [...] » (participante 8),

C'est surtout les rendez-vous médicaux qui prennent du temps, comme là ils vont être rapprochés, c'est aux trois semaines et à la fin c'est aux semaines. Même si c'est juste un rendez-vous de 20 minutes, il faut que tu le mettes à ton horaire. Je trouve que c'est ça qui est le plus long (participante 4).

Les participantes veillent également à leur bien-être et s'assurent de mettre en place de nouvelles occupations afin de soulager leurs maux. Voici des exemples des participantes 4 et 6, respectivement :

Au repos, mon rythme cardiaque pouvait monter à 140-160, sans avoir rien fait, juste en conduisant. [...] j'ai demandé à une de mes amies qui est ergothérapeute et hypnothérapeute, [...]. J'ai commencé des cours d'autohypnose avec elle. Fait que j'ai fait 2 séances, elle m'a montré des trucs et tout ça, et maintenant je suis capable de gérer mes symptômes.

Je suis allée en ostéo[pathie] deux fois, au début pour travailler la constipation, et [pour voir si] bassin/colonne étaient en place et prêts à ce qui s'en vient. Je suis retournée récemment [...] de façon un peu préventive... pas constant mais on a travaillé mes maux de tête et aussi [au niveau de la] fesse en lien avec sciatalgie.

### 6.2.1.3. *Organiser le nid familial en attendant bébé*

La préparation à l'arrivée du bébé est sans doute la catégorie donnant lieu au plus grand nombre de nouvelles occupations rapportées par les participantes. Au niveau de l'habitat, quatre participantes ont mentionné devoir entreprendre des mesures afin de jouir d'un espace plus grand. Ces extraits dénotent un besoin d'intimité, de créer le cocon familial afin d'accueillir le nouveau-né : « [...] je t'avoue qu'avant que je tombe enceinte on louait une maison et on avait deux colocs... fait que là on s'est acheté une maison. Il y a eu un déménagement en cours de route [...] » (participante 7), « [...] la fenêtre à changer et modifier l'aménagement des garde-robes ce qui va impliquer de fermer des murs, en ouvrir d'autres, corriger le plancher à certains endroits » (participante 6). Faire son nid peut aussi faire ressortir le besoin de se rapprocher des siens : « Et là s'est enclenchée une série de décisions rapides, là. Genre, on déménage. On déménage proche de la famille parce qu'on veut vivre ça » (participante 4). Voici d'autres exemples de nouvelles occupations qui ont pris une place importante dans la vie de toutes les participantes et qui contribuent à la création du nid familial : « je lave la pochette d'hiver et le recouvrement du berceau achetés usagés avec le nouveau détergent à lessive doux [...] je nettoie le moïse, je lave les autres draps et sièges de la chaise vibrante, de la balançoire, etc. » (participante 8). « [...] mettons que la déco je ne suis pas allée de main morte, là, on est là-dedans à 100 milles à l'heure, je fais plein de recherches sur internet et sur *Pinterest* [...] j'aime ça, je trippe sur la déco [...] » (participante 2). « L'achat de la poussette a été un long processus, n'étant pas sûrs de ce qu'on voulait vraiment. On a fait le tour de plusieurs boutiques dans différentes villes, et on a finalement trouvé la semaine dernière » (participante 1). Par ailleurs, la planification financière n'est pas exclue du processus : « Je passe du temps sur le site de Service Canada [...] je dois faire préparer mon relevé d'emploi pour mon dossier au RQAP, et je devrai

aussi mettre à jour ma demande d'aide financière [aux études] avec ces nouveaux revenus » (participante 8).

Organiser le nid familial demande aussi d'augmenter ses connaissances ou d'aller chercher certaines compétences. Les cours prénataux en sont un exemple nommé par toutes les participantes. Voici d'autres extraits dénotant ce besoin de la part des participantes 8 et 3, respectivement : « Ce matin nous avons pris un atelier de portage [...]. Très pertinent, on a appris comment nouer une écharpe de portage, les règles de sécurité, etc. ».

[...] je lis beaucoup, mettons des forums sur Facebook de jeunes mamans avec des questions qu'on ne pense pas toujours poser, fait que ça, ça rassure un peu. Sinon j'ai ma sœur aussi qui est très proche de moi et qui a eu trois enfants, fait que dès que j'ai un petit questionnaire je lui demande.

De plus, se préparer à l'accouchement est incontournable : « [...] nous terminons enfin la valise pour la maison de naissances. Nous sommes prêts! [...] je fais mon entraînement du périnée, 10 contractions de 10 secondes chacune » (participante 8), « J'avais regardé pour faire des formations genre méthode Bonapace<sup>5</sup>, [...], suivi avec accompagnante à la naissance [...] » (participante 1). Par ailleurs, à un stade plus avancé de la grossesse, le petit être à naître se manifeste et donne également lieu à des occupations telles que celles-ci : « Nous passons un long moment à attendre et sentir les mouvements du bébé à travers mon ventre. Je sais que ce sont des moments magiques [...] » (participante 8).

La maternité implique également une préparation psychologique, un désir que tout autour de soi deviennent harmonieux via des changements de comportements, par exemple.

Voyons ça n'a pas de bon sens de se chicaner fort de même quand on est enceinte, [...] c'est pas tout le temps, mais [...] on essaie de vraiment faire attention. [...] On veut vraiment pas que ça joue pour la petite, c'est vraiment important pour nous autres là. Parce que des fois on vient malins quand on est fâchés, on dit des choses qu'on ne pense pas [...] (participante 2).

Enfin, l'appartenance à une nouvelle catégorie de personnes, celle des femmes enceintes, amène à pratiquer des activités réservées « [...] j'ai commencé l'aquaforme prénatal. Pis là, ça je

---

<sup>5</sup> Méthode de préparation s'adressant aux couples pour un accouchement en confiance, par Julie Bonapace (2018).

trouve que c'est le meilleur exemple de comment tes loisirs peuvent être affectés par ta grossesse. Parce que *jamaïs* de ma vie j'aurais fait de l'aquaforme » (participante 4). « [...] je me suis inscrite à un cours de yoga prénatal [...] avec une amie enceinte aussi [...] on a abordé différents aspects autant certains exercices pertinents et des étirements qui font du bien » (participante 6).

### *Entreprendre des occupations et réfléchir pour se préparer aux rôles futurs*

Le sujet des rôles a également été discuté en entrevue, plus particulièrement de quelle manière les participantes s'étaient adaptées à leur futur rôle de mère. Des participantes ont entrepris leurs occupations liées à leur grossesse de façon naturelle, en ayant à l'esprit le rôle qui allait leur incomber dès l'arrivée du bébé : « On dirait que l'esprit de mère, il embarque dès que tu sais que tu es enceinte, là. Fait que c'est un peu ce qui est arrivé, veut, veut pas » (participante 3). Aussi, devenir mère fait réfléchir sur sa propre mère et certaines participantes mentionnent s'être rapprochées de leur mère :

Avec ma mère, parce que je réalise que je vais être mère aussi, fait que... je sais pas, je me rapproche d'elle, surtout que là, elle a perdu sa mère y a pas longtemps... fait qu'on dirait que j'ai comme besoin de plus me confier à elle et de lui confier mes préoccupations face à la grossesse (participante 3).

ou s'être en quelque sorte redéfinies en fonction d'elle : « j'ai une maman, ma maman est plus vieille... on dirait que je ne me considère pas encore maman, dans le sens où j'ai un enfant, mais je continue à être moi-même, [...], j'ai pas changé d'identité du jour au lendemain » (participante 5). Cette participante soulève la question de l'identité, elle mentionne être elle-même avant d'être une mère. La participante 7 parle aussi de son identité de femme; être une femme d'abord, puis membre d'un couple, et ensuite mère. Des identités qui peuvent demeurer à part entière et qui s'influencent l'une l'autre :

Je pense que [...] peut-être naïvement, que je vais garder une partie de ma vie de femme, et que je ne vais pas juste être une maman... au début c'est sûr que oui, tu te consacres à ça uniquement... mais, même chose que de continuer à prendre des moments pour moi en tant que personne, et moi et mon chum en tant que couple aussi. Fait que ça, on l'a comme mis au clair dès le début, t'sais... pour pas que, j'aurais pas envie d'être juste maman, [...] justement je suis une femme avant

d'être maman, et il faut que j'entretienne un peu cette femme-là pour être une bonne mère, je pense.

Une autre participante aborde la présence d'une certaine gradation des rôles de sa vie qui, en quelque sorte, lui permet de se préparer à son propre rôle maternel :

D'une certaine façon j'ai eu la chance de le vivre par étapes, j'ai été d'abord tante des enfants des frères et sœurs de mon ex-conjoint, après tante du fils de ma sœur, qui était déjà une expérience différente, puis après ça, j'ai été belle-mère [des enfants de mon conjoint], et prochaine étape, c'est maman. À chaque fois c'est un degré d'intimité et de responsabilité différent (participante 6).

Dans le même ordre d'idées, il a également été question de conciliation de rôles. En effet, les participantes ont dû orchestrer leurs occupations de future mère avec leurs occupations en tant que femme : « [...] c'est sûr qu'avant la grossesse on s'entend que la vie est plus axée sur nous-même, c'est sûr qu'avant j'avais juste moi à m'occuper, puis aller courir et tout ça [...] » (participante 7), ou encore en tant que travailleuse, ou belle-mère. Une des participantes doit effectivement préparer les enfants de son conjoint à la venue de son premier enfant à elle, et pense aussi à la place qui lui reviendra comme professionnelle lorsqu'elle retournera au travail après son congé de maternité.

### **6.2.2. Occupations modifiées, adaptées ou cessées pendant la grossesse**

Les participantes ont abondamment partagé au sujet des occupations qu'elles ont dû modifier, adapter ou cesser tout au long de leur grossesse. En effet, être enceinte change les routines et les habitudes de la vie de tous les jours, que ce soit au niveau social, alimentaire ou sportif et ce, pour différentes raisons.

#### *6.2.2.1. Adapter ses occupations en raison de symptômes ou de conséquences de la grossesse*

La plupart des participantes ont dit vivre une belle grossesse et avoir peu de symptômes, ou en ressentir peu les effets. Toutefois, elles ont souvent mentionné que leurs activités du quotidien avaient été modifiées en raison de symptômes liés à la grossesse qui les empêchaient de fonctionner normalement. « La fatigue [...], ça change un peu la routine, parce que des fois, en revenant de travailler je me couchais une demi-heure, 45 minutes parce que j'étais trop fatiguée pour reprendre mes activités ou faire mon ménage, préparer mon souper... »

(participante 7). D'autres symptômes tels que l'essoufflement, la constipation, le reflux gastro-œsophagien, l'envie d'uriner plus fréquente, la sciatalgie, les envies alimentaires, la diminution de la libido, l'insomnie, les étourdissements et des symptômes cognitifs comme des manques de mémoire ou de concentration ont été nommés comme étant la cause de la modification des occupations.

Cinq participantes sur huit ont poursuivi le travail (ou les études) jusqu'à la fin de leur grossesse, et ont donc dû mettre en place certaines adaptations : « ça fait quand même plusieurs semaines que je m'assois plus fréquemment, j'ai un petit banc, je donne ma matière assise, pas trois heures debout consécutives, là... oui il a fallu que j'adapte ça » (participante 7), ou encore concernant la route à faire en lien avec le travail : « Je m'occupais aussi de l'usine de (ville) avant Noël, et après Noël ça a été clair que je n'y retournais pas, parce que c'est deux heures de route, dans la même journée c'est quatre heures de route [...] » (participante 1).

Enfin, la majorité des participantes ont changé leur routine pour prendre soin d'elles-mêmes : « la petite routine de se crêmer matin et soir [...] moi je suis comme religieuse là-dessus, là, à tous les jours [...] je me crème, après je m'huile... ça me prend du temps (rires) » (participante 2).

#### 6.2.2.2. Prendre des précautions pour ne pas nuire à sa santé ou celle du bébé

Les analyses montrent que la sécurité, c'est-à-dire la réduction des risques, ainsi que la santé, c'est-à-dire la maintenir ou la favoriser, sont des soucis évidents chez les futures mères, autant pour elles que pour leur bébé. Des exemples concernant plusieurs types d'occupations quotidiennes ont été recensés : « [...] t'as vu mon type de loisirs, tu peux te douter que tout a changé... on n'a plus réessayé le *kick boxing*, malheureusement, [...] c'est un peu trop à risque » (participante 4), « Je vais [...] faire du vélo stationnaire [...] j'ai peur d'avoir des complications comme la prééclampsie ou le diabète étant donné mes quelques facteurs de risque alors c'est ma motivation à continuer le sport » (participante 8). « [...] je fais vraiment attention à toutes les histoires d'E. Coli et de toxoplasmose [...] j'ai un petit chat, fait que je ne fais plus la litière du chat » (participante 2), « [...] je prends plus de lait. J'essaie de manger plus de viande, parce qu'avant je n'en mangeais pas pantoute » (participante 3). « [...] je suis quelqu'un qui ne



déjeunais pas le matin (rires). Je déjeune à peine, je dîne et je mange énormément pour souper, c'était quelque chose que je savais que j'allais avoir à modifier » (participante 2). À noter que le tabagisme ne concernait aucune des participantes, que ce soit avant ou pendant la grossesse.

Par ailleurs, à certains niveaux, on remarque que, les mères se soucient de la santé de leur bébé avant leur bien-être :

J'ai une lassitude des brûlements d'estomac. Je pense que je vais devoir passer à la médication supérieure... j'aimerais prendre le moins de médicament possible, même si je sais que ce n'est pas nuisible pour le bébé... mais bon, il faut ce qu'il faut (participante 8).

C'était rendu que c'était plus grave pour le bébé de ne pas en prendre que d'en prendre, parce que j'étais vraiment déconnectée, j'étais tout le temps sur un high d'anxiété pis de panique. Fait qu'on a décidé [le médecin et moi] de reprendre ma médication (participante 2).

Finalement, la grossesse, de par la nature de ses conséquences, entraîne d'autres types de changements dans les habitudes :

[...] de devoir gérer mon lavage et gérer mon linge de maternité, [...] si je mets ce pantalon-là, va falloir que je le relave parce que je vais en avoir besoin pour l'autre journée, parce que là je ne m'étais pas équipée en pantalons et chandails [de maternité] [...] parce que je ne travaillais pas (participante 5).

### *Être enceinte au travail, c'est devoir composer avec certains risques*

Voici deux exemples où des participantes ont dû renoncer à certaines tâches en fonction de leur condition de femme enceinte. La première illustre la situation de la participante 2 avant son retrait préventif, et la deuxième, un extrait de la participante 6 qui n'avait pas d'arrêt prévu avant sa 36<sup>e</sup> semaine de grossesse. À noter que trois participantes ont bénéficié d'un retrait préventif durant le premier trimestre de grossesse puisque la nature de leur travail comportait des risques pour leur santé ou pour celle de leur fœtus.

Je ne pouvais plus aller au triage, parce que là, tu ne sais jamais le patient qui s'en vient en face de toi si jamais il est agressif, confus, il a des maladies... comme je ne pouvais plus disons avoir des patients avec des hépatites ou autres maladies qui peuvent être dangereuses pour le bébé [...].

[...] on avait des besoins dans l'entreprise, normalement j'aurais pu être une personne-ressource pour combler les besoins mais on s'est tourné vers d'autres personnes sachant [que j'aurais] des limitations fonctionnelles temporaires qui allaient devoir être suivies. Je pense à la pédiatrie qui fait pas partie de ma tâche normalement, mais y aurait eu certains mandats qui auraient pu m'être transférés et je ne les ai pas pris.

#### 6.2.2.3. *La première grossesse, c'est rassembleur*

La grossesse est généralement décrite par les participantes comme un événement qui augmente leurs activités sociales ou qui ont donné lieu à des rapprochements : « [...] je vois ma sœur pis mon beau-frère vraiment plus souvent et la petite, on les voit 2-3 fois/semaine, on est vraiment intenses, on a augmenté nos liens et j'adore ça » (participante 4)

[...] j'ai vraiment commencé à voir plus mes parents [...]. On a construit des montgolfières en tissu, [...] ça nous a comme occupés et ça a occupé ma mère aussi. Et veut, veut pas, en les voyant souvent comme ça, j'avais déjà un bon lien avec eux, mais ça a aussi renforcé notre lien je pense (participante 5).

#### 6.2.2.4. *Trouver des stratégies pour s'adapter rapidement au quotidien*

Plusieurs participantes ont mentionné d'emblée des stratégies utiles au quotidien afin de pallier au fait de devoir adapter leurs occupations. Ces stratégies leurs ont permis de poursuivre différemment certaines activités significantes et méritent d'être mentionnées. Par exemple : « ok, ben l'inscription au demi-marathon va prendre le bord. C'est correct, je vais changer un peu mes objectifs et je vais m'adapter » (participante 7). Pour mieux dormir, voici une stratégie utilisée : « Souvent je vais essayer de m'allonger le plus possible un peu avant l'heure où je veux m'endormir pour essayer de drainer un peu, aller à la toilette et espérer ne plus avoir besoin d'y retourner après ça » (participante 6). La participante 4 profitait des conseils de son entourage : « [...] j'ai tellement eu du monde autour de moi qui ont eu des bébés, donc... tu me dis que tu as magasiné deux heures pour savoir que c'est ça la meilleure poussette? J'achète la même! ». Enfin, les sorties peuvent être adaptées : « On avait [...], un week-end à New York qui était dans ma 6 ou 7<sup>e</sup> semaine [...]. Ce que j'avais prévu et ce qu'on a fait finalement ça été quand même beaucoup modifié. Le choix d'activités, la quantité aussi [...] » (participante 6), et :

C'est sûr que la fin de semaine j'essaie de ne pas me *booker* des soupers d'amis à tous les samedis, mais non, je ne me suis pas empêchée de rien faire, je fais juste

quitter plus tôt quand je suis fatiguée, ou respecter mes limites là-dedans (participante 1).

### *Modifier ses occupations implique l'entourage*

Le fait de ne plus pouvoir accomplir certaines occupations (que ce soit à cause d'un risque pour la santé ou de symptômes incapacitants) nécessite la compréhension ou la participation de l'entourage. Ceci peut faire partie d'une stratégie d'adaptation. Voici deux exemples : « [...] mon chum en fait beaucoup la semaine, mais là c'était vraiment... il faisait tout. Je m'assoiais, j'attendais d'être servie [...]. Je ne débarrassais pas la table. Je bordais les filles et j'allais quasiment me coucher aussi » (participante 6). « [...] mon chum est au courant de ça et il comprend, mais [...] je ne ferais pas l'amour [durant toute] la grossesse et je vivrais bien avec ça » (participante 2). L'ajout de certaines occupations à l'horaire peut également avoir des répercussions : « Le yoga [prénatal] qu'on a ajouté, c'est sûr que ça a demandé la collaboration de mon conjoint, qu'il soit correct avec ça et qu'au niveau de notre vie familiale avec les enfants ça ne posait pas de problème ».

## **6.2.3. La première grossesse au quotidien : regards et perceptions**

Les femmes interrogées relativement aux changements dans leurs occupations durant leur première grossesse ont inévitablement émis leurs points de vue sur leur vécu. Voici les perceptions qui en ont émergé, classifiées par sous-thèmes.

### *6.2.3.1. Être enceinte au quotidien : un défi*

Devoir modifier ou cesser certaines occupations pratiquées depuis longtemps a représenté un défi pour plusieurs participantes. Se sentir coincée dans son corps est irritant, comme le mentionnent la participante 5 « je suis tannée, je roule dans le lit, c'est long... je suis pas capable d'attacher mes souliers » et la participante 3 :

[...] le fait d'avoir une bedaine aussi ... t'sais de ne pas pouvoir dormir comme tu veux. D'avoir de la misère à sortir de l'auto... des affaires du genre... je ne pensais pas que c'était aussi mettons... flagrant. Que tu ne vois plus tes pieds, se pencher, [...].

Toutes les habitudes de vie doivent être modifiées conséquemment à la grossesse. Qui plus est, la majorité des femmes se considéraient sportives avant leur première grossesse. De plus, comme les entrevues ont eu lieu en février, toutes étaient enceintes au moment des célébrations des fêtes. Voici deux exemples de difficultés vécues :

[...] une de mes plus grandes craintes était au niveau de l'adaptation de mes activités sportives, qu'est-ce que je peux faire et ne plus faire? Surtout au début, mon médecin me disait : "ben la course idéalement, t'arrête... au moins les premières semaines" [...] j'avais comme le désir de continuer toutes mes activités (participante 7).

J'étais en début de grossesse, je n'étais pas nécessairement encore habituée, [...], et je le vivais vraiment comme une privation, d'une certaine façon. [...] je pouvais pas manger ce que je voulais, pis en plus je pouvais pas prendre un verre avec ce que je mangeais, je ne pouvais pas accompagner les autres, pis là les gens faisaient un *chin!* et moi j'avais un verre d'eau, pis... Fait qu'il y a eu des moments où oui j'avais de la frustration pis du découragement un petit peu (participante 6).

#### *Des préoccupations, du stress et une certaine charge mentale liés à la grossesse*

Un des objectifs de l'étude était de recenser les préoccupations ou inquiétudes vécues qui pouvaient prendre une grande place au quotidien et éventuellement, avoir un impact sur la vie quotidienne des participantes. Voici un exemple :

C'est tout le temps moi qui s'occupait du chat, c'était ma petite routine du matin. Fait que là c'est mon chum. Mais là, ça m'augmente ma charge mentale, parce qu'il faut que je dise à mon chum de faire la litière, il n'y pense pas, parce que c'était pas lui (participante 4).

Ainsi, les participantes ont exprimé leurs préoccupations concernant la planification ou le déroulement de la grossesse, la santé de leur bébé ainsi que la leur, leur situation financière ou d'emploi, leurs relations avec leur entourage, leur compétence en tant que future mère et la vie après l'accouchement, principalement. Voici des exemples : « [...] vu que ce n'était pas planifié vraiment, on n'a pas regardé notre budget avant [...]. Et là avec mon retrait préventif, c'est sûr que je gagne vraiment moins [...]. Fait que c'est un peu dur de gérer mon budget » (participante 3).

Le stress relié au fait que la grossesse soit un projet de vie dans lequel on s'embarque volontairement, en sachant la possibilité que des événements difficiles surviennent, et sans pouvoir se retirer à tout moment, a été souligné : « C'est sûr que de ne pas trop savoir dans quoi on s'embarque, c'est un peu stressant aussi. T'sais, il va tu être correct? Je vais tu avoir un enfant autiste? C'est toutes des choses que je n'ai pas le contrôle [...] » (participante 1). En ce sens, ce paradoxe a été abordé avec les participantes 4 et 6 également, c'est-à-dire le fait que la grossesse représente un projet de vie rempli de sens dans lequel les futures mères s'impliquent avec plaisir, mais qui inclue également certaines transformations des occupations pouvant donner lieu à des défis et être vécues de façon moins agréable. Ainsi, quelques participantes partageaient l'opinion de l'étudiante-chercheuse, à savoir que, peu importe la préparation effectuée, l'image que l'on s'en fait ou les attentes que l'on se crée avant de tomber enceinte, la grossesse est un phénomène complexe impossible à saisir en totalité sans l'avoir vécu soi-même. La participante 6 donne son avis à ce sujet : « On ne sait pas dans quoi on s'embarque tant qu'on ne l'a pas vécu, et on a beau l'intellectualiser et le lire, c'est pas pareil que de le vivre ».

*Se préparer à la maternité, c'est aussi ressentir une pression sociale*

L'un des aspects menant à des préoccupations plus importantes a été la pression que ressentent les participantes pour devenir des mères « parfaites » :

Je pense que ce qu'il y a en arrière des supers mamans, on va appeler ça comme ça [...] c'est d'être capable de faire à manger, faire le ménage, le lavage, travailler à travers ça... Pour l'instant, moi c'est peut-être ça qui me fait peur, t'sais. D'être capable de tout faire ce que je fais là, mais d'aller travailler pis de revenir le soir et de... c'est ça, d'y arriver, t'sais (participante 5).

Voici un autre extrait : « ce qui me préoccupe plus, mettons par rapport à la conciliation travail-famille [...] je travaille une fin de semaine sur deux et ça me gosse. J'adore mon travail, mais j'ai peur de moins l'aimer avec ce qui s'en vient » (participante 2). Effectivement, la conciliation travail-famille est une préoccupation partagée par quelques participantes. Cela fait partie des « exigences » sociales. Bien que plusieurs affirment ne pas vouloir se mettre de pression pour être une mère parfaite, pour allaiter, ou pour satisfaire les recommandations qui viennent de toutes part lorsqu'on est enceinte, elles ont tout de même le besoin de le mentionner (participante 1) :

Clairement, je ne vais pas être une mère parfaite parce qu'il n'y en a pas. Je vais m'adapter à chaque jour avec les essais-erreurs que je vais faire, [...] ça va me faire de la peine certains jours de ne pas me sentir à la hauteur, et d'autres jours où je vais me dire : ben cou'don, c'est la vie, on fait tous notre possible.

De plus, toutes les femmes interrogées ont parlé de leur poids, sans exception. Même en situation où la prise de poids est inévitable et normale, c'est une préoccupation omniprésente. « C'est sûr que quand je vais chez le gynécologue et que je vois que j'ai engraisé pas mal, je suis comme : "mon dieu, c'est tannant, j'ai engraisé pas mal" » (participante 2).

Un sentiment de culpabilité ressort également de leur propos relativement aux attentes de performance de la part de la société. Voici quelques exemples pour illustrer ceci des participantes 5 et 4, respectivement :

[...] j'étais en congé très tôt dans ma grossesse, au début, j'étais à la maison, et voyons, j'avais pas de bedaine, j'avais rien, en congé mais en pleine forme, t'sais [...] je répétais beaucoup au monde que j'avais hâte d'avoir une bedaine, parce que j'avais hâte que ça paraisse ce pourquoi je suis à la maison. [...]. (Intervieweuse) : c'est comme si on veut se justifier un peu d'être enceinte...—C'est ça. T'sais être chez nous en congé, payée, je me disais : c'est donc bien avantageux, [...], faut bien que je profite de ça.

J'ai même pas pris mes *Materna*, ni l'acide folique, ni rien. J'ai eu un sentiment de culpabilité par rapport à ça, mais... Non mais c'est vrai, ça dit " pré- "... faut que tu commences [avant]... Je sais que c'est pas si grave, mais on a quand même la conception médicale, on se fait dire que c'est mieux pour le tube neural. Quand je l'ai su, c'est la première chose que j'ai faite, aller acheter ça à la pharmacie, parce que j'avais trop un sentiment de culpabilité de pas l'avoir fait.

Des extraits en lien avec leur rôle de travailleuse viennent illustrer une pression ressentie de la part de l'employeur, ou bien une appréhension au niveau de la possibilité de pouvoir réintégrer son emploi au retour :

Moi j'avais prévu [...] prendre l'année de congé... Pis finalement j'ai eu une forte pression pour revenir en janvier. Fait que là je me suis assis avec mon conjoint. Il était : "ben moi j'aimerais ça le prendre, le dernier bout du congé". Finalement c'est ça qu'on va faire. Je me sens mieux par rapport à mon travail parce que je sens moins que je suis un fardeau pour eux... Je suis contente de ma décision, mais ça change pareil comment je décide de revenir, là... [...]. Moi je suis

contente pour lui, il veut vivre ça, pis il est bien content, t'sais... mais c'est un peu une pression sociale je te dirais (participante 4);

Ce [pourquoi] que je pouvais avoir le plus d'inquiétudes c'est que moi j'ai un emploi [où] je n'étais pas permanente, donc je savais très bien que si je partais en retrait... j'ai rien de garanti à mon retour, t'sais. Fait que c'est un stress, mais en même temps... y'a jamais de bon moment non plus pour tomber enceinte niveau travail, là... ben jamais de bons moments... y a un bon moment, à ta retraite, t'sais, mais! (rires) Dans n'importe quelle entreprise, si tu veux monter dans une entreprise, si tu veux... t'sais, y a jamais de [bon moment] » (participante 5).

D'autres propos dénotent d'un certain désir de ne pas déplaire aux collègues ou à l'employeur : « T'sais, je ne voulais pas être lourde pour mes collègues non plus [...] y a des trucs que je faisais et que normalement je n'aurais pas dû faire, mais je ne voulais pas être tannante » (participante 2).

Par ailleurs, l'emploi de l'expression « c'est niaiseux, mais » est revenue à quelques reprises, comme si les femmes interrogées avaient peur d'être mal reçues en parlant de ce qui leurs occupations réelles ou de ce qui les préoccupait à ce sujet, alors que c'était un des centres d'intérêt de l'entrevue. Voici un exemple : « sinon au niveau de mes activités sportives je me suis adaptée [...] c'est niaiseux, mais je me suis acheté des petits DVD d'exercices à faire » (participante 7), « juste tantôt, c'est niaiseux, j'avais ma prise de sang, et j'haïs ça » (participante 4), ou « c'est niaiseux, mais j'ai un petit chat, fait que je ne fais plus la litière » (participante 2).

#### 6.2.3.2. *Vivre positivement sa première grossesse*

Malgré que le bouleversement de leurs occupations pendant la grossesse ait pu représenter des défis plus ou moins grands pour certaines participantes, elles ont généralement vécu leur première grossesse de façon positive. En effet, sept des huit participantes ont une vision majoritairement positive de leur première grossesse et ont mentionné avoir eu une « belle grossesse », une « grossesse facile » ou encore que celle-ci s'était « super » ou « extrêmement » bien déroulée. D'autres se disent chanceuses par rapport à d'autres femmes qui ont rencontré plus de difficultés au quotidien étant enceintes.

[...] une grossesse chanceuse on va le dire comme ça. J'ai pas eu beaucoup de nausées, j'ai pas eu de complications [...] ce que je retiens beaucoup, c'est que je

suis contente d'avoir eu le temps de la vivre ma grossesse, vu que je n'ai pas travaillé et je considère que c'est pas tout le monde qui peut avoir cette chance-là (participante 5).

Aussi, la grossesse a été, pour certaines, une période d'apprentissage « [...] s'adapter à être arrêtée... ce que je ne suis pas capable de faire, finalement (rires), mais que j'apprends à être capable de faire. On apprend beaucoup sur nous, je pense, aussi. C'est ça mon constat » (participante 2), et :

Je trouve que la grossesse te force à apprendre à être plus responsable, comme le fait que tu te lèves trois fois par nuits à cause de tes hormones, ça te prépare que tu vas te lever minimalement trois fois par nuit pour le bébé. Après, le fait qu'il faut que tu intègres une routine pour toi, ben ça va te forcer à le faire pour le petit, t'sais... Je trouve que c'est une bonne phase préparatoire, le corps est bien fait (participante 4).

Les sections suivantes présentent plusieurs aspects qui ont facilité la tâche des femmes durant leur première grossesse.

#### *Bénéficier d'un réseau social et recevoir de l'aide*

La présence d'un réseau social, vu comme une ressource en cas de difficultés, a abondamment été abordée :

Parce que vu que ce n'était pas planifié vraiment, ben on n'a pas regardé notre budget avant, si on veut. Et là avec mon retrait préventif, c'est sûr que je gagne vraiment moins que ce que je faisais en étant coiffeuse. Fait que c'est un peu dur de gérer mon budget. Mais t'sais, je sais que ça va quand même aller bien et qu'à la limite il y a du monde autour de moi pour m'aider [...]. Je sais que je vais être bien entourée pis que mon copain va être là pour moi, ma famille aussi (participante 3).

Le réseau social est d'autant plus important que certaines disent avoir vécu un sentiment de solitude à un moment de leur grossesse:

[...] notre modèle actuel de société je trouve qu'il n'est pas optimal pour les femmes enceintes parce que on est beaucoup dans l'individuel pis dans le médical, pis à ce niveau-là, y a moins de support que ce à quoi je m'attendais. Fait que t'sais le fait d'avoir une communauté pis des amis pis de la famille qui ont déjà



vécu ça, je pense que c'est super important pour faciliter le processus [...] J'ai vécu quand même un peu de solitude dans ce processus-là en début de parcours. Et pour moi ça vient un peu de l'aspect culturel de la chose... de dire c'est le médecin qui s'en charge, c'est lui qui a les réponses, c'est lui qui a le savoir, alors que c'est quelque chose d'assez universel (rires) et qu'au final c'est plus auprès de mes amies et de ma sœur et ma mère que je trouve le support que j'ai besoin dans le fond (participante 6).

Le fait d'avoir un employeur et une équipe de travail compréhensifs a également été souligné par plusieurs participantes. Aussi, la majorité des participantes était avisée de la présence de services communautaires périnataux dans leur région, et quelques-unes les avaient utilisés ou en avaient l'intention. De même, plusieurs exemples de solidarité ont été mentionnés : « Ma tante m'a cousu deux paires de pantalons de maternité à partir de jeans que j'avais. C'est drôlement plus économique. Ils me font bien, ça va dépanner jusqu'à la fin de la grossesse » (participante 8), et :

Je me suis fait donner par plein de monde des ... tout ce que j'ai, je pense. La balançoire vient de lui, le parc vient de l'autre, le coussin vient de ma belle-sœur... etc. Je n'ai pas eu à acheter beaucoup de choses tellement je me suis fait donner des choses. Je savais qu'un bébé ça prend un minimum de matériel, mais je n'ai pas eu à aller l'acheter ni à le magasiner (participante 5).

Cet aspect facilite grandement les occupations au quotidien, ou du moins, réduit la charge mentale au niveau financier.

### *Se sentir compétente pour vivre sa transition vers la maternité*

Les participantes ont nommé des forces et des atouts qui reflètent leur sentiment de compétence par rapport à l'adaptation aux changements vécus durant grossesse et à leur futur rôle maternel : « je lis beaucoup, j'ai étudié, je suis allée à l'université et je suis habituée de lire et de vraiment me ferrer dans un domaine » (participante 2),

[...] moi j'ai étudié en psychoéducation et [...] je me suis ramassée comme éducatrice en service de garde [...] je suis une fille quand même mature pour mon âge, [...]. On me répète souvent que j'ai une vieille âme aussi, j'ai toujours fait du sport [...], je suis structurée, je suis réaliste... Je pense que j'ai plein de choses qui sont en ma faveur (participante 5),

[...] je pense que je suis assez patiente en général. Je m'adapte aussi facilement à toutes sortes de situations, j'ai voyagé beaucoup, j'ai déménagé, j'ai changé de job

plusieurs fois pis ça ne m'a jamais stressée, je ne suis pas quelqu'un de très anxieuse en général, je pense que ça va m'aider (participante 7).

Les participantes qui se disaient moins assurées devant l'inconnu connaissent leurs ressources et se sentent tout de même en contrôle :

[...] ça me fait peur parce que je ne l'ai jamais vécu, la maternité, c'est quelque chose que je ne connais pas, mais je ne sens pas que je perds mes moyens complètement [...]. Même si je suis dans le néant avec ce qui s'en vient, je considère que j'ai des ressources autour de moi pour m'aider (participante 1)

Oui je connais mes ressources, pis les conseils je sais où aller les chercher, pis je sais que je ne suis pas toute seule. Je ne pense pas que c'est moi qui ai toutes les compétences, je les acquiers à tous les jours ces compétences-là [...]. Je vais aller en chercher de l'aide si j'ai des questions, là... plein de monde qui ont plein de backgrounds et bagages différents, [...] ça va m'aider (participante 2).

### *Vivre plusieurs changements au quotidien... et puis après?*

Un aspect notable des données récoltées est la tendance des participantes à minimiser l'impact de devoir modifier ou adapter leurs occupations quotidiennes, ou à banaliser la difficulté que cela a pu leur apporter. En voici une illustration de la participante 7 :

C'est sûr que le fait qu'on louait une maison avec des colocs, ça marchait pu, t'sais (rires)... ça y a fallu y repenser, mais je te dirais que ça faisait un an qu'on pensait acheter une maison [...]. Oui c'était une surprise, mais finalement tout était mis en place pour que ça fonctionne... Et même mon contrat [...] au travail les gens savent autour de toi que tu veux un enfant habituellement... moi ce n'était pas ça du tout. Ça aussi au début je me disais : *my god*, ça va tu fonctionner, je vais tu être capable de me rendre au bout de mon contrat? Et vois-tu finalement mon contrat je termine la semaine prochaine et c'est ce qui était prévu, mon contrat finissait le 8 mai. Fait que non, je n'ai pas eu l'impression d'avoir dû me retourner sur un 10 cents [...] on va avoir un bébé, là, ça change une vie, ce n'est pas rien, mais de différent des autres qui le planifient? non, pas tant que ça. On a eu le temps d'acheter tout ce qu'on voulait, [...] non, tout s'est bien fait malgré que c'était effectivement une surprise.

Les routines quotidiennes devant être modifiées en raison des symptômes de la grossesse demandent une adaptation rapide. Or, dans l'ensemble, ceci n'a pas semblé perturber la vie des participantes : « je suis chanceuse, je dors vraiment bien, je me réveille 3 fois pour aller faire pipi, je sais exactement c'est à quelle heure : minuit, 3 heures et 5 heures (rires) et après ça je me

rendors. Ça, ça va bien. » (participante 4), « Rendue à 35 semaines y a des choses dures à faire, attacher mes souliers, m'habiller, c'est tout un peu plus long qu'avant, là. Évidemment, là. Mais c'est pas la fin du monde non plus, là » (participante 7). Or, quelques extraits expliquent que les femmes suivent le cours des exigences de la grossesse de façon naturelle, qu'elles s'y plient, en quelque sorte. En voici un de la participante 8 :

Je constate qu'une grande proportion de ce que j'accomplis tous les jours est relié à la grossesse ou à mon futur enfant. Ça se fait tout seul, sans que je sente que j'ai un gros effort à faire... comme si je remplissais les engagements qui viennent avec le projet d'avoir un enfant.

De plus, même si des défis se présentent, ils sont donc peut-être plus faciles à vivre lorsqu'on sait que tout est temporaire, que le temps passe vite: « On passe à une autre étape, pis... On sait que... Tout est transitoire de toute façon. Des moments tough je pense qu'il y en a à toutes les étapes, mais ça passe » (participante 6), « [...] je pensais que ça allait être plus intense de me préparer à tout ça, mais finalement ... t'sais ça va plus vite qu'on pense, ça coule » (participante 2).

## **7. DISCUSSION**

Cette section vise à discuter des résultats présentés précédemment. Pour ce faire, un bref retour sur les objectifs de recherche sera effectué. Ensuite, un résumé l'interprétation des résultats sera présenté, et des liens avec la littérature sur le sujet seront dégagés. Aussi, le cadre théorique et les forces et les limites de l'étude seront discutés. Enfin, les retombées potentielles pour la pratique ergothérapique ainsi que des perspectives futures seront abordées.

### **7.1. Retour sur l'atteinte des objectifs de recherche**

Les objectifs poursuivis par la présente étude étaient les suivants : 1 - documenter les occupations ou modifications d'occupations relatives à la grossesse auprès de femmes enceintes d'un premier bébé ; 2 - comprendre leur vécu quant aux modifications d'occupations au quotidien et 3 - explorer comment leurs préoccupations influencent leur quotidien. D'abord, l'analyse des résultats a permis de documenter un grand nombre d'occupations spécifiquement liées à la grossesse ainsi que d'obtenir un portrait global des modifications ou adaptations des occupations vécues durant cette période. De plus, les participantes ont abondamment partagé leurs perceptions et leurs impressions en regard des transformations de leur quotidien durant leur grossesse, ce qui a permis une meilleure compréhension de leur vécu. Enfin, les préoccupations et inquiétudes en lien avec la première grossesse ont été recensées, ainsi que leur impact sur le quotidien des participantes. Globalement, les objectifs de l'étude ont donc été atteints.

### **7.2. Occupations relatives à la grossesse**

Les occupations spécifiques à la grossesse recensées auprès des participantes incluaient, en résumé, les occupations liées à la planification de la grossesse, la consultation de professionnels de la santé, ainsi que les occupations relatives à l'arrivée du bébé. Peu de recherche est faite sur les occupations entourant la première grossesse du point de vue ergothérapique. Toutefois, les résultats obtenus concordent avec ceux de Stephenson et collaborateurs (2014) au niveau de la nature des occupations entreprises avant la grossesse, dont les changements d'habitudes de vie et la recherche d'informations sur la santé. Les résultats obtenus concordent également avec l'étude d'Osorio-Castaño et collaborateurs (2017), au sens où tous les types d'occupations réalisés spécifiquement durant la grossesse en vue de se préparer

à la maternité de façon concrète ont aussi été retrouvés chez les participantes<sup>6</sup> de la présente étude. Celles-ci incluaient, entre autres, la recherche d'informations, la demande de ressources financières, la participation à des activités ou à des ateliers prénataux, et enfin, la préparation à l'accouchement (Osorio-Castaño, Carvajal-Carrascal et Rodríguez-Gázquez, 2017). Ces deux dernières études n'abordent toutefois pas le vécu des femmes ni la place que les occupations reliées à la grossesse prennent dans leur quotidien. En effet, certaines de ces nouvelles tâches sont faites par obligation, mais aussi très souvent par choix. Beaucoup de participantes ont parlé du plaisir et de la valorisation que leur procurent ces nouvelles tâches et ces apprentissages. Ainsi, la notion d'occupation signifiante prend ici un sens important.

Les participantes ont aussi mentionné plusieurs occupations liées à une nouvelle identité qui se développe en eux : la formation d'une famille. Dans ce cas, on peut parler d'identité occupationnelle telle que définie dans le MOH (Kielhofner 1980a, 1980b; Kielhofner et Burke, 1980; Kielhofner, Burke et Heard Igi, 1980). L'achat d'items pour la construction et la décoration du nid familial en fait partie et ceci rejoint les résultats d'Afflerback et collaboratrices (2014) sur la consommation de biens. Les occupations relatives à la grossesse incluent également des « moments magiques » qui sont peu abordés dans la littérature. Toutefois, on peut considérer ces moments comme étant inclus dans l'attente de l'enfant abordée par Esdaile et collaboratrices (2004). Durant cette période, la future mère se met en mode « prendre soin de » (*caring*), ce qui est une occupation en soi selon les auteures (Esdaile et coll., 2004).

Le besoin de soutien et de mentorat durant la grossesse a été remarqué chez les participantes, qui consultent des professionnels de la santé ou leurs proches ayant déjà expérimenté la grossesse. Ces résultats sont cohérents avec ceux de l'étude qualitative de Darvill et collaborateurs (2008), portant sur les facteurs psychologiques influençant la première expérience de maternité. En effet, les auteurs concluent que le caractère inconnu de la grossesse crée un besoin de mentorat et de guidance chez leurs participantes. Une autre étude de Seefat-van Teeffelen et collaborateurs (2011) démontrent que les femmes revendiquent plus de soutien de la part de leur sage-femme durant la transition vers la maternité. De plus, ceci est appuyé par l'étude de Smith (1999) qui stipule que la préparation psychologique à la maternité peut être

---

<sup>6</sup> Afin de faciliter la lecture, le terme « participantes » réfèrera toujours aux participantes de la présente étude.

facilitée par le contact avec des personnes significatives de l'entourage, que la future mère construit son identité maternelle à travers les expériences des autres. En outre, désirer régler les conflits interpersonnels avant l'arrivée de bébé fait partie de la préparation psychologique à la maternité selon Osorio-Castaño et collaborateurs (2017). Leurs résultats peuvent contribuer à expliquer, d'une part, le désir de régler les conflits existants qui ont été évoqués par des participantes de la présente étude, et d'autre part, l'effet rassembleur de la grossesse suggéré par les analyses, où plus d'occupations sociales apparaissent suivant le désir de se rapprocher d'êtres significatifs.

### **7.3. Occupations modifiées, adaptées ou cessées pendant la grossesse**

Une recherche intéressante en ergothérapie de Horne et collaboratrices (2005) a exploré les « changements de la vie occupationnelle » de nouvelles mères. Les résultats de cette étude montrent que plusieurs occupations sont requises pour satisfaire le rôle de nouvelle mère, et ce au détriment d'occupations qu'elles choisissaient de faire antérieurement. Les auteures qualifient ceci d'une sorte de déséquilibre occupationnel chez les nouvelles mères, entre les occupations qu'elles choisissent de faire et celles qu'elles doivent faire en tant que mère. En ce qui concerne la présente étude, ce constat peut être fait, mais dans une moindre mesure. En effet, les participantes interrogées n'ont pas encore à prendre soin d'un enfant de façon concrète. Toutefois, elles accomplissent les occupations nécessaires à la préparation de leur nouvelle vie à trois, et ont souvent dû modifier ou cesser des occupations antérieures pour lesquelles elles avaient de l'intérêt. À ce sujet, Avrech Bar, Forwell et Backman (2016) mentionnent que c'est la valeur de responsabilité que possèdent les mères qui les pousse accomplir leurs occupations moins désirables liées au rôle de mère. Dans le même ordre d'idées que pour la section précédente, il ne faut pas oublier que certaines occupations modifiées ou cessées le sont aussi par choix. C'est un fait que plusieurs tâches « obligatoires » soient moins agréables à accomplir ou à vivre, mais le sens accordé au projet de mettre un enfant au monde vient énormément nuancer l'expérience vécue.

Les occupations du quotidien des femmes interrogées ont souvent été modifiées, adaptées ou cessées en raison de plusieurs symptômes liés à la grossesse, notamment la fatigue. Ceci est en accord avec l'étude de Foxcroft et collaborateurs (2013) où la fatigue limitait les activités

quotidiennes de 76% des femmes enceintes interrogées. De plus, les symptômes nommés par les participantes sont aussi considérés comme limitants par celles de l'étude de Foxcroft et collaborateurs (2013). Aussi, la fatigue et la douleur faisaient partie des barrières évoquées pour expliquer la réduction d'activité physique dans l'étude de Merkx et collaborateurs (2017). Sans surprise, les participantes ont, la plupart du temps, réduit ou cessé leurs activités physiques; ceci est en accord avec les résultats de nombreuses études recensées (Abbasi et van den Akker, 2015; Merkx et coll., 2017; Clarke et coll., 2005; Coll et coll., 2016; Fell et coll., 2008; Ferraro, Gaudet et Adamo, 2012). Aussi, en accord avec Lee et collaborateurs (2000) et Clarke et collaborateurs (2005), la grossesse a influencé le sommeil des participantes. En effet, leur sommeil de nuit était souvent perturbé et elles ont parfois dû ajouter des siestes à leur horaire durant la journée.

Les occupations sont aussi parfois modifiées par précaution envers sa santé ou celle du bébé. Toujours selon l'étude de Merkx et collaborateurs (2017), la diminution d'activité physique était plus marquée entre autres chez les femmes qui en avaient reçu la recommandation, comme c'est le cas chez certaines des participantes de la présente étude. Aussi, l'optimisation de la santé via des changements à ses habitudes de vie est aussi une des composantes de la préparation à la maternité recensées selon la revue de littérature d'Osorio-Castaño et collaborateurs (2017). Les participantes ont agi en ce sens en modifiant leur alimentation et en cessant leur consommation d'alcool.

Concernant d'autres activités de la vie quotidienne, les résultats de Clarke, Rousham, Gross, Halligan et Bosio (2005) présentent quelques points communs avec ceux de la présente étude dont une augmentation de la fréquence des levers nocturnes et une augmentation des pauses prises au travail. Les auteurs apportent cependant un point intéressant au sujet des tâches domestiques : leurs répondantes ont augmenté leur participation aux tâches légères et diminué les tâches plus lourdes. Or, ce type d'occupation n'a pas énormément été abordé lors des entrevues de la présente étude. Il aurait été intéressant d'approfondir ce sujet, puisque ces tâches prennent généralement une place importante dans la vie des femmes (Champagne, Pailhé et Solaz, 2015). Cela dit, la grossesse n'a peut-être rien changé à ces tâches, ou encore, des participantes auraient omis ou oublié de parler de ces tâches qui sont ancrées dans leur quotidien. Selon Baudelot (2008), les femmes valoriseraient d'abord ce qui leur permet de sortir du rôle de la femme au

foyer. On pourrait ainsi penser que les femmes ne mettent pas nécessairement de l'avant ce qui occupe leur temps au niveau domestique.

Concernant les occupations reliées au travail, des participantes ont bénéficié d'un retrait préventif puisqu'elles y côtoyaient un grand risque (infirmière, éducatrice en garderie et coiffeuse). Elles ont été en mesure d'informer leur milieu de travail assez tôt pour éviter de faire des tâches risquées pour elles ou leur fœtus durant les premières semaines où elles devaient se présenter au travail. Ceci est en accord avec la revue de Salihu, Myers et August (2012) qui suggère que beaucoup des difficultés rencontrées surviennent au début de la grossesse, et qu'il est ainsi important de discuter assez tôt des enjeux avec les personnes du milieu de travail. Les autres participantes occupaient des emplois où le risque d'exposition à des agents nocifs était faible, voire nul. Elles ont pu adapter leurs tâches tout au long de la grossesse lorsque nécessaire, sans subir de remarques de la part de leurs collègues contrairement aux femmes enceintes interrogées dans l'étude de Greenberg, Ladge et Clair (2009). Il faut cependant tenir compte du fait que la perception de la grossesse au travail peut dépendre du type d'emploi. Par exemple, une étude de Pattison, Gross et Cast (1997) a démontré que des employés d'une université ont une opinion plus favorable de la grossesse au travail que des travailleurs d'usine. Ces auteurs démontrent aussi un effet marqué du genre sur l'opinion; les femmes démontrent plus d'ouverture que les hommes. Or, les participantes sont très scolarisées et travaillent avec des équipes féminines, et non dans des milieux manufacturiers. Ceci peut expliquer l'absence de difficultés rencontrées au travail à l'annonce de leur grossesse ou en regard de l'obligation de déléguer certaines tâches. Selon les analyses, le principal enjeu rencontré par les participantes en lien avec le travail a été la nécessité de redéfinir la priorité de leurs rôles, autant leurs différentes fonctions d'emploi que la place que prend leur rôle de travailleuse comparativement à celle qu'occupent leurs rôles familiaux ou personnels. Cela est en accord avec les résultats de l'étude qualitative de Greenberg et collaborateurs (2009) qui stipule que la femme enceinte a besoin de repenser son identité personnelle et professionnelle en vue de l'arrivée de son rôle de mère. À propos des rôles, Driscoll (2008) rapporte que le fait de quitter le travail pour vivre la fin de la grossesse entraîne effectivement un changement de rôle chez la femme qui peut potentiellement affecter son sentiment d'identité. Toutefois, selon Reid et Hardy (1999), même les rôles les plus exigeants peuvent favoriser le bien-être s'ils renforcent positivement le sentiment d'identité.



#### **7.4. La première grossesse au quotidien : regards et perceptions**

Tout d'abord, les participantes ont nommé des défis et difficultés en lien avec la transformation de leurs occupations quotidiennes durant leur première grossesse. Ces résultats sont en accord avec une étude menée par Imle (1990, citée dans Tulman et Fawcett, 2003) qui montre que les femmes enceintes sont soucieuses des changements dans leur routine quotidienne au cours du troisième trimestre de grossesse. Par ailleurs, le statut fonctionnel durant la grossesse, autant au niveau physique que psychologique a fait l'objet d'une importante étude de Tulman et Fawcett (2003), entre autres, mais les préoccupations qui en découlent ont été moins étudiées.

Aussi, le souci des participantes concernant la santé de leur enfant était évident durant les entretiens, entre autres au niveau de leur hésitation à prendre ou à continuer une médication qui les soulageait, et ce, même si elles en connaissaient l'innocuité pour le fœtus. Ceci rejoint l'étude de Seefat-van Teeffelen et collaborateurs (2011) où les femmes interrogées disaient avoir besoin de discuter de leurs inquiétudes quant à la santé. Les résultats de Kaitz (2007) montrent également que la santé familiale préoccupe les nouvelles mères de façon importante. Sans surprise, le bien-être des enfants est au cœur des préoccupations des mères, mais aussi des futures mères. Bien entendu, de telles préoccupations influencent la façon de réaliser les occupations quotidiennes. À ce sujet, nos participantes se sont montrées averties et vigilantes; elles savaient très bien que tout ce qui pouvait nuire à leur santé durant leur grossesse risquait fortement d'affecter celle de leur fœtus également, et savaient où aller chercher l'information en cas d'incertitudes concernant les actions à poser durant la grossesse.

De plus, outre leur souci esthétique pour le poids corporel, l'image de soi est un concept peu préoccupant pour nos participantes en général, pas plus avant que durant la grossesse. Par ailleurs, elles étaient sportives, mais ne pratiquaient pas un sport d'élite. Dans ce cas, l'image corporelle aurait pu devenir plus préoccupante (Martinez-Pascual et coll., 2015). Par ailleurs, les changements physiques durant la grossesse sont généralement bien acceptés par les femmes enceintes (Kazmierczak et Goodwin, 2011; Clark, Skouteris, Wertheim, Paxton et Milgrom, 2009).

Les analyses démontrent que malgré que des défis et préoccupations aient été abordés, ceux-ci ont eu très peu d'impact sur le fonctionnement des participantes au quotidien. Lorsqu'il y a eu un impact, des stratégies ont généralement été adoptées. Ceci suggère que les femmes interrogées se sont adaptées admirablement aux changements que leur impose leur première grossesse. Ces résultats sont corroborés par l'étude de Tulman et Fawcett (2003) où les symptômes psychologiques perturbaient les activités quotidiennes chez seulement 4% des 227 femmes enceintes en santé interrogées. Ce constat explique peut-être en partie le fait que les perceptions de femmes enceintes d'un premier enfant relativement aux occupations quotidiennes soient peu documentées en ergothérapie.

En outre, il peut être surprenant de constater cette facilité d'adaptation, puisque des enjeux contemporains pouvant inquiéter les femmes interrogées de façon prenante ont fait surface durant les entretiens. D'abord, le phénomène de la *superwoman* a été abordé par quelques participantes, notamment sur le sujet de la conciliation travail-famille. Tel que le mentionnent aussi Esdaile et collaboratrices (2004), une énorme pression est mise sur les femmes puisqu'on demande actuellement d'avoir des enfants, mais de rester performante dans les autres sphères de leur vie. D'autant plus qu'elles sont les seules à pouvoir porter des enfants. Par ailleurs, un enjeu considérable de santé publique tel que l'avènement du virus Zika (Jin, 2016) peut mener à modifier des occupations telles que les projets de voyage lorsque la femme envisage une grossesse. D'autres enjeux de santé mentale, comme l'autisme chez les enfants qui est en constante évolution (Burke et Heller, 2016), ou encore le trouble de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) qui est actuellement le trouble comportemental le plus commun à l'enfance (Mahone et Denckla, 2017) inquiètent les futures mères de l'étude. Puisqu'elles sont sur le point de mettre un enfant au monde, les participantes se disaient également plus sensibles à la violence et à l'augmentation récente des attentats terroristes dans plusieurs pays, par exemple. Bref, les participantes vivent des préoccupations très différentes de celles des générations précédentes et il n'est pas exclus que ces inquiétudes modifient leur participation occupationnelle. Les analyses suggèrent cependant qu'elles s'adaptent et demeurent positives et fonctionnelles au quotidien. Voici quelques hypothèses pouvant expliquer ces résultats.

*Quelques hypothèses sur l'adaptation occupationnelle durant la première grossesse normale*

Premièrement, le fait que les participantes aient tendance à minimiser l'impact des changements vécus au quotidien est possiblement un indice de leur grande adaptabilité, mais aussi, du début d'une certaine abnégation. En effet, alors que de nos jours, la santé est synonyme d'autonomie et d'accomplissement de soi, les écrits entourant la maternité dans la culture occidentale soulignent amplement l'abnégation et le sacrifice de soi des mères (Hartrick, 1997). Aussi, le « syndrome de la dévotion » [traduction libre] est décrit depuis longtemps, et a été remarqué chez beaucoup de femmes clientes en psychologie qui ont suivi les prescriptions sociales, oubliant leurs besoins pour combler ceux des autres (Lemkau et Landau, 1986). Cet oubli de soi des femmes n'est donc pas seulement remarqué chez les mères. Mais qu'en est-il des futures mères? D'abord, selon Mercer (2004), l'engagement de la mère débute avant la grossesse. Aussi, une étude québécoise (Bayard, 2012) sur les représentations sociales de l'allaitement maternel montre que la décision d'allaiter chez la majorité des répondantes était motivée par leur volonté de répondre en priorité aux besoins de leur bébé, leurs besoins personnels étant secondaires. De plus, leur décision d'allaiter avait été prise avant même la grossesse pour la plupart d'entre elles. Les résultats de la présente étude suggèrent aussi que développement de l'abnégation ou du sacrifice de soi débiterait durant la première grossesse; ceci pourrait expliquer en partie leur adaptation occupationnelle extraordinaire.

Deuxièmement, l'aspect temporaire de la grossesse peut certainement entrer en ligne de compte concernant l'adaptation à sa condition. Certaines participantes ont aussi mentionné la caractère transitoire de situations vécues durant leur grossesse. Smith, Loewenstein, Jankovic et Ubel (2009) ont mené une recherche auprès de deux groupes de patients : l'un devait vivre avec une colostomie temporaire et l'autre, avec la situation permanente. Étonnamment, le groupe avec la colostomie permanente s'est mieux adapté et présentait un indice de satisfaction plus grand. Les auteurs discutent du fait que l'espérance de l'amélioration prochaine de sa situation peut paradoxalement mener à une moins bonne satisfaction de sa condition immédiate. Naturellement, la condition de santé étudiée par Smith et collaborateurs (2009) n'est pas nécessairement comparable à la grossesse, qui justement, n'est pas une maladie. Toutefois, les auteurs ont mentionné que la satisfaction de sa condition peut aussi dépendre de la motivation des personnes, ce qui semble pertinent dans le cas des participantes interrogées. D'après Lederman (1996), la

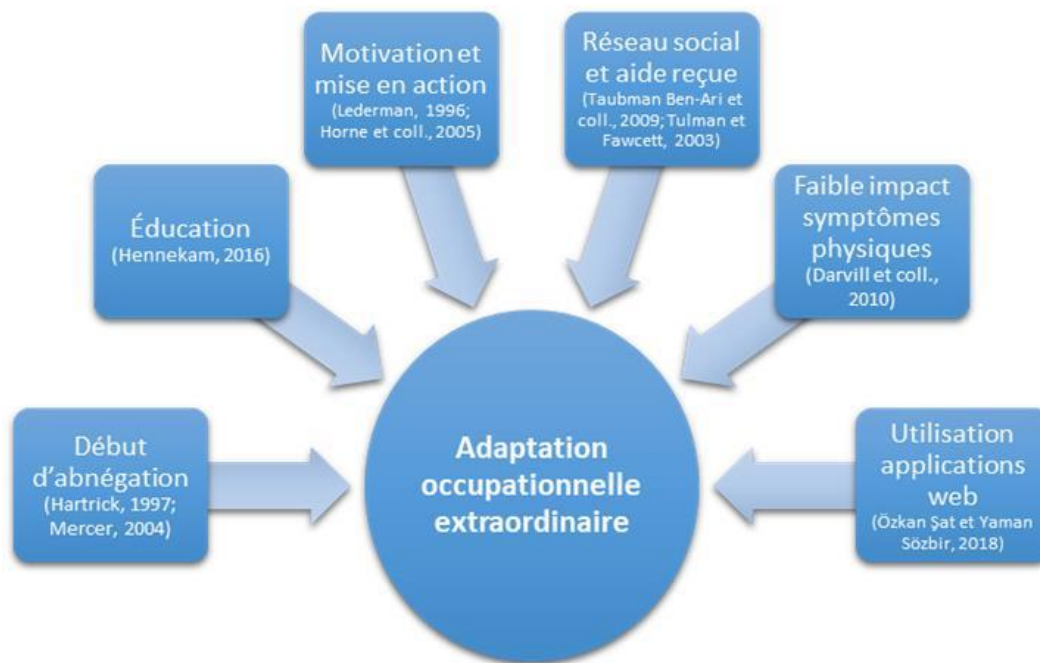
motivation à s'adapter durant la période prénatale est largement documentée. En effet, chez toutes les participantes, la motivation à accomplir les occupations relatives aux recommandations durant leur grossesse était évidente malgré les quelques difficultés nommées. À noter que la grossesse était désirée chez toutes les répondantes de la présente étude, même si non planifiée dans la moitié des cas.

Troisièmement, nos participantes ont mentionné avoir utilisé des applications mobiles pour faciliter la réalisation de certaines occupations durant leur première grossesse. Comme le suggèrent Özkan Şat et Yaman Sözbir (2018) et de Van Deursen et Helsper (2018), l'utilisation d'applications web peut faciliter l'adaptation à la grossesse.

Quatrièmement, nos participantes ont mentionné bénéficier d'un réseau social aidant, ce qui peut favoriser leur adaptation. En effet, l'impact positif du réseau social en tant que soutien durant la grossesse est amplement documenté. Pour donner quelques exemples, Taubman Ben-Ari et son équipe (2009) rapportent que les femmes bénéficiant de plus grandes ressources externes (relation maritale et soutien de la part de la grand-mère) percevaient la transition vers la maternité moins menaçante et maintenaient une meilleure santé mentale. L'étude qualitative de Darvill et collaborateurs (2010) rapporte que les femmes interrogées ont parlé de leur propre mère, de leur partenaire de vie et de leurs pairs comme sources importantes de soutien. D'ailleurs, la longue distance entre la participante et sa mère a été soulignée dans cette étude comme un désavantage. Les analyses montrent également que des participantes ont mentionné cette difficulté ou ont tout simplement déménagé pour se rapprocher de leur famille. Tulman et Fawcett (2003) rapportent que leurs répondantes ont souvent mentionné que leur mari (24%) ou leur mère (4%) les aidait à continuer leurs activités de tous les jours. Ce constat peut également corroborer l'impact sur l'entourage suggéré par nos analyses; ce sont en effet les proches qui doivent parfois accomplir les occupations de la femme enceinte, en partie ou en totalité. Quoiqu'il en soit, les proches ont contribué à l'adaptation des femmes enceintes aux changements du quotidien durant leur grossesse.

Finalement, les nombreux atouts et forces mentionnés par les participantes, qui dénotent d'un fort sentiment de compétence, facilitent aussi la transition vers la maternité qu'est la première grossesse. D'abord, les participantes étaient scolarisées pour la plupart et leur

adaptation au travail s'est faite sans heurts; ceci rejoint les résultats de Hennekam (2016) suggérant que le niveau d'éducation est déterminant dans la transition vers la maternité. L'étude de Taubman-Ben-Ari et collaborateurs (2009) stipule que les femmes qui présentaient de meilleures ressources internes, dont l'estime de soi et le contrôle de soi, ont perçu la transition vers la maternité de façon moins menaçante. Aussi, comme le suggèrent Sjöstrom et collaborateurs (2014), le sentiment de cohérence que dégagent les femmes interrogées leur est sans doute favorable, tout comme leur satisfaction envers leur état de santé qui influence la qualité de vie (Mortazavi et coll., 2014). D'un autre point de vue, l'étude de Darvill, Skirton et Farrand (2010) montre que les répondantes présentant un sentiment de perte de contrôle l'associaient aux symptômes de la grossesse, qui ont été beaucoup plus difficiles à vivre qu'attendu pour elles. Effectivement, si la gravité des symptômes contribue à une perte de contrôle de son corps et rend difficile l'adaptation à la grossesse, cette dernière est facilitée lorsque la femme vit peu de symptômes. Puisque c'était le cas chez la plupart des participantes, on peut penser que cet aspect ait contribué à leur bien-être. Par ailleurs, elles ont su se mobiliser afin d'atteindre leur objectif de mettre au monde un enfant, et elles connaissent leurs ressources. Selon Horne, Corr et Earle (2005), l'adaptation à la maternité peut être accrue en se mettant en action. À ce sujet les auteures citent Blair (2000) qui mentionnent que « se mettre en action facilite le changement, le développement personnel et par conséquent, le bien-être » [traduction libre]. Ci-dessous se trouve une figure-synthèse des facteurs favorables à l'adaptation occupationnelle, selon les résultats obtenus.



*Figure 2.* Adaptation occupationnelle extraordinaire durant la première grossesse : hypothèses émises à partir des résultats obtenus.

### 7.5. Discussion à propos du cadre théorique choisi

Premièrement, bien que le canevas d’entrevue n’ait pas été bâti uniquement avec le vocabulaire correspondant aux concepts du MOH, ceux-ci ressortent dans les propos des participantes. En effet, les notions de rôles, d’habitudes et de routines, d’intérêts, de valeurs et de déterminants personnels sont facilement identifiables dans les verbatim. La majorité qualifient leur parcours positivement et leur bien-être transparaît dans leurs propos, elles se sont donc bel et bien adaptées au niveau occupationnel.

Cela dit, de par sa nature, une étude qualitative peut soulever des résultats surprenants qui dépassent le cadre théorique utilisé. Cela ne semble pas s’être produit pour la présente étude. Le tableau-résumé intitulé « préparation à la maternité durant la grossesse » (traduction libre) de l’analyse de concept réalisée par Osorio-Castaño, Carvajal-Carrascal et Rodríguez-Gázquez, (2017) aurait toutefois pu s’avérer un point de départ fort pertinent pour l’élaboration d’un cadre conceptuel. En effet, à partir de leurs résultats, les auteurs ont détaillé les préalables, les

caractéristiques et les conséquences de la préparation à la maternité durant la grossesse en plus d'élaborer une définition de ce concept.

## **7.6. Forces et limites de l'étude**

Cette section décrit les forces et les limites de cette recherche en regard du cadre théorique choisi, de la méthode utilisée, ainsi que des résultats obtenus et des analyses effectuées sur ces derniers. Tout d'abord, cette étude a permis l'avancement des connaissances sur le sujet très peu étudié du point de vue ergothérapique que sont les occupations relatives à la première grossesse ainsi que les perceptions des femmes qui vivent ces changements dans leurs occupations.. Le cadre théorique choisi, soit le MOH, a permis de bien circonscrire les notions importantes à documenter auprès des participantes, c'est-à-dire les composantes de l'Être qui contribuent au Devenir par une adaptation occupationnelle. La première méthode de collecte de données utilisée, soit l'entrevue semi-dirigée, a permis aux participantes de s'exprimer librement sur leurs expériences personnelles et ultimement, de bien en saisir les nuances afin de comprendre le phénomène à l'étude. Aussi, la majorité des entrevues (6/7) ont été menées par téléphone, ce qui peut réduire le biais de désirabilité sociale (Corbière et Larivière, 2014).

Le journal de bord s'est également avéré un outil efficace pour recueillir le vécu de l'étudiante-chercheuse, qui ne pouvait s'interviewer elle-même. Le fait qu'elle débute son journal avant de préciser ses objectifs de recherche a empêché un certain biais. Aussi, l'utilisation du journal permet de documenter le sentiment au moment où il est vécu, alors que les participantes ont rapporté leur vécu rétrospectivement durant l'entretien semi-dirigé, ce qui a pu occasionner une certaine banalisation ou minimisation. Ces deux méthodes, bien qu'elles procurent des données quelque peu différentes, ont permis de recueillir l'information directement auprès des personnes qui vivent la situation à l'étude. La méthode d'analyse utilisée, soit l'analyse de contenu, était appropriée pour répondre aux objectifs de recherche. Par ailleurs, les participantes présentaient une diversité au niveau de leur profession, leur région, leur revenu familial et étaient à différents stades de la grossesse. Aussi, la moitié seulement avait planifié leur grossesse et trois ont été retirées du travail de façon préventive. Ces profils variés ont fait en sorte d'enrichir les entretiens. Le fait que l'étudiante-chercheuse participe à la recherche est avantageux puisqu'elle vit la même situation que les autres participantes et est à même de

comprendre. De fait, cela a pu aider les participantes à partager davantage leurs perceptions. De plus, la stratégie d'observation participante est plus rarement utilisée en recherche; cela apporte un aspect unique à cette étude. En revanche, le fait que l'étudiante-chercheuse soit directement touchée par le sujet de sa propre recherche amène à considérer le biais expérimental lié aux attentes de l'expérimentateur (Fortin et Gagnon, 2016).

D'autres limites de cette étude doivent être mentionnées. D'abord, étant donné que les possibilités d'occupations sont uniques à chaque personne, on peut considérer que la saturation des données n'a pas été atteinte et ce, même si le nombre de participants ( $n = 8$ ) était acceptable pour une étude phénoménologique (Fortin et Gagnon, 2016). Aussi, étant donné que les tâches domestiques sont des occupations qui risquent de changer en cours de grossesse, le sujet aurait pu être abordé plus en profondeur durant les entrevues. Par ailleurs, deux des participantes étaient ergothérapeutes; leur point de vue s'avérait donc particulièrement adapté aux objectifs visés. Toutefois, étant donné leur connaissance du domaine des occupations, elles peuvent avoir été particulièrement sensibles aux changements de leurs routines au quotidien, et ainsi avoir fourni des réponses différentes des autres participantes. Cela réfère au biais de sélection des participants (Fortin et Gagnon, 2016). Au sujet des participantes, toutes étaient en couple et mentionnaient pouvoir compter sur un solide réseau social, et sept sur huit détenaient un diplôme universitaire. Ce sont des facteurs ayant certainement favorisé leur adaptation à la grossesse et cela a pu influencer les résultats obtenus. Aussi, quelques participantes se trouvaient au début de leur deuxième trimestre de grossesse, et d'autres étaient en fin de troisième trimestre. Cela a pu donner lieu à des perceptions assez variables au niveau des changements vécus dans les occupations et aussi, à l'impact des symptômes ressentis sur leur quotidien. Par ailleurs, même si toutes les mesures ont été prises pour conserver la confidentialité, le fait que les participantes présentent toutes un profil unique et aient été suggérées par l'entourage de l'étudiante-chercheuse crée une limite à ce niveau.

## **7.7. Retombées pour la pratique**

Cette recherche a permis l'avancement des connaissances en ergothérapie quant aux occupations d'une transition que vivent un grand nombre de femmes : la première grossesse. En effet, cette étude permet une meilleure compréhension des enjeux occupationnels vécus par des



femmes enceintes en bonne santé. Il importe de considérer la grossesse comme une période critique de transition considérant que 12,9 % des nouvelles mères vivent une dépression post-partum (Gavin et coll., 2005). Puisque la grossesse est un moment qui permet aux femmes de se préparer aux nouveaux défis que leur réserve le rôle de mère tels que l'orchestration de leurs occupations significatives avec celles qui accompagnent ce rôle, l'ergothérapie pourrait se révéler utile dans la prévention de problématiques découlant d'un déséquilibre occupationnel et pour fournir des stratégies aux femmes. Ceci pourrait d'ailleurs donner lieu à d'intéressants projets en pratique émergente. En outre, mieux comprendre l'adaptation occupationnelle à la grossesse normale en contexte contemporain donne un point de départ pertinent en ce qui a trait à la compréhension de la situation de femmes enceintes vivant avec différentes problématiques, d'ordre physique ou psychologique, par exemple. Celles-ci sont des clientes potentielles en ergothérapie. Qui plus est, comme le souligne Prévost-Delaunière (2017, travaux non publiés) il apparaît judicieux d'offrir des services en ergothérapie aux nouvelles mères sans problématique particulière, puisque cela permettrait de les outiller face aux différents défis liés à la maternité. De plus, les nouvelles mères considèrent insuffisants les services offerts actuellement visant à les accompagner dans cette transition importante.

## **7.8. Perspectives et recherches futures**

Les recherches futures sur le sujet pourraient inclure un plus grand nombre de participantes afin d'obtenir la saturation des résultats. De plus, séparer les participantes en groupes selon leur trimestre de grossesse pourrait permettre de mettre en lumière certaines variabilités dans les expériences vécues ou des perceptions qui seraient corrélées à cette différence d'avancement dans la grossesse. Interroger des femmes enceintes en bonne santé, mais avec une situation financière précaire, par exemple, ou encore qui ne peuvent pas compter sur un environnement de travail compréhensif ou sur l'aide du réseau social, pourrait être intéressant afin de documenter d'autres perceptions des occupations relatives à la première grossesse. Une comparaison avec des participantes devant composer avec des problématiques de santé physique ou mentale serait utile afin de voir comment est alors vécue la transition vers la maternité.

## 8. CONCLUSION

En conclusion, plusieurs éléments portant sur les occupations relatives à la première grossesse, telles que vécues par les participantes, ont pu être dégagés grâce à cette étude, incluant les occupations spécifiques à la grossesse ainsi que celles qui ont dû être modifiées, adaptées, ou cessées. De plus, les entretiens semi-dirigés en profondeur ont permis de mieux comprendre leur vécu; en effet leur perception des changements vécus et leurs préoccupations ont été recueillies, analysées, puis interprétés donnant lieu à l'émergence de plusieurs thèmes. Les objectifs de recherche ont donc été atteints. Par ailleurs, cette étude a permis d'explorer un domaine peu familier à la recherche en ergothérapie, soit les occupations quotidiennes durant la première grossesse normale. Entre autres, il a été possible de mettre en évidence, ou du moins, de discuter de facteurs qui semblent favoriser l'adaptation à la première grossesse de femmes en bonne santé, et ce malgré qu'elles vivent une transformation importante de leur routine quotidienne et qu'elles rencontrent des défis. Ces facteurs favorables incluent potentiellement le début d'une abnégation chez la future mère, la motivation associée au projet de grossesse, le haut niveau d'éducation, l'utilisation de technologies web, la présence d'un réseau social aidant et un impact faible des symptômes de la grossesse. Ces facteurs contribuent aussi probablement au fort sentiment de compétence qu'il est possible de détecter chez les femmes interrogées. Bien comprendre les aspects occupationnels ayant trait à la transition vers la maternité chez les femmes en bonne santé vivant une grossesse normale peut être pertinent pour les ergothérapeutes. Ceci les placerait effectivement en meilleure position pour accompagner des femmes enceintes devant composer avec d'autres difficultés de nature physique, psychologique, ou sociale, par exemple. Qui plus est, cette étude fait valoir la place de l'ergothérapie, en prévention ou en intervention, auprès des femmes enceintes. Ces dernières vivent effectivement une transition importante de la vie susceptible de déstabiliser leur équilibre ou leur fonctionnement au quotidien au niveau des occupations, ce qui est précisément l'expertise de la profession.

## RÉFÉRENCES

- Abbasi, M. et van den Akker, O. (2015). A systematic review of changes in women's physical activity before and during pregnancy and the postnatal period. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 33(4), 325-358. doi:10.1080/02646838.2015.1012710
- Afflerback, S., Anthony, A., Carter, S., et Grauerholz, L. (2014). Consumption Rituals in the Transition to Motherhood. *Gender Issues*, 31(1), 1-20. doi:10.1007/s12147-014-9115-0
- Akerjordet, K. et Severinsson, E. (2010). Being in charge - new mothers' perceptions of reflective leadership and motherhood (Report). *Journal of Nursing Management*, 18, 409-417. doi : 10.1111/j.1365-2834.2010.01108.x
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Avrech Bar, M., Forwell, S., et Backman, C. L. (2016). Ascribing Meaning to Occupation: An Example From Healthy, Working Mothers. *Occupational Therapy Journal of Research (OTJR) : Occupation, Participation and Health (Thorofare N J)*, 36(3), 148-158. doi:10.1177/1539449216652622
- Bayard, C. (2012). Les représentations sociales de l'allaitement maternel – Points de vue de femmes québécoises rencontrées durant leur grossesse. Dans S. Lapierre et D. Damant (Éds), *Regards critiques sur la maternité dans divers contextes sociaux* (pp.60-85). Québec, Canada: Presses de l'Université du Québec.
- Baudelot, C. (2008). Allez les femmes! *Idées économiques et sociales*, 153(3), 6-8. doi:10.3917/idee.153.0006
- Bert, F., Gualano, M., Brusaferrro, S., De Vito, E., De Waure, C., La Torre, G., . . . Siliquini, R. (2013). Pregnancy e-health: A multicenter Italian cross-sectional study on internet use and decision-making among pregnant women. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67(12), 1013-1018. doi: 10.1136/jech-2013-202584
- Blair, S. E. E. (2000). The Centrality of Occupation during Life Transitions. *The British Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 231-237. doi:10.1177/030802260006300508
- Bonapace, J. (2018). La méthode Bonapace. Repéré à: <https://www.bonapace.com/fr/>
- Boyd, D. R., Bee, H. L., Andrews, J., Lord, C., et Gosselin, F. (2017). *Les âges de la vie : psychologie du développement humain* (5e éd.). Montréal, Canada: Pearson.
- Brockington, I., Macdonald, E. et Wainscott, G. (2006). Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 253-263. doi:10.1007/s00737-006-0134-z

- Burke, M. et Heller, T. (2016). Individual, parent and social-environmental correlates of caregiving experiences among parents of adults with autism spectrum disorder. *Journal of intellectual disability research*, 60(5), 401-411. doi: 10.1111/gir.12271
- Camberis, A. L., McMahon, C. A., Gibson, F. L. et Boivin, J. (2014). Age, psychological maturity, and the transition to motherhood among English-speaking Australian women in a metropolitan area. *Developmental Psychology*, 50(8), 2154-2164. doi:10.1037/a0037301
- Champagne, C., Pailhé, A. et Solaz, A. (2015). *25 ans de participation des hommes et des femmes au travail domestique : quels facteurs d'évolution? INED, Document de travail 203*. Dans: Carnet de recherche du réseau ARTS. Repéré à : <https://arts.hypotheses.org/809?gathStatIcon=true>
- Choi, P., Henshaw, C., Baker, S. et Tree, J. (2005). Supermum, superwife, supereverything: performing femininity in the transition to motherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23(2), 167-180. doi:10.1080/02646830500129487
- Clark, A., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., et Milgrom, J. (2009). My baby body: A qualitative insight into women's body-related experiences and mood during pregnancy and the postpartum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(4), 330-345. doi:10.1080/02646830903190904
- Clarke, P.E., Rousham, E.K., Gross, H., Halligan, A.W. et Bosio, P. (2005). Activity patterns and time allocation during pregnancy: a longitudinal study of British women. *Annals of Human Biology* 32(3), 247-58. doi: 10.1080/03014460500049915
- Cloutier-Villeneuve, L. et Rabemananjara, J. (2016). *Portrait de la situation des Québécoises sur le marché du travail au cours des 35 dernières années*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/travail-remuneration/bulletins/cap-remuneration-201603.pdf>
- Corbière, M. et Larivière, N. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Québec, Canada: Presses de l'Université du Québec.
- Coll, C., Domingues, M., Santos, I., Matijasevich, A., Horta, B. L., et Hallal, P. C. (2016). Changes in leisure-time physical activity from the prepregnancy to the postpartum period: 2004 Pelotas (Brazil) birth cohort study. *Journal of Physical Activity and Health*, 13(4), 361-365. doi:10.1123/jpah.2015-0324
- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST). (2018a). *Retrait préventif – Conditions de retrait préventif*. Repéré à : <http://www.csst.qc.ca/travailleurs/maternite/retrait-preventif/Pages/retrait-preventif.aspx>

- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST). (2018b). *Pour une maternité sans danger, Statistiques 2013-2016*. Repéré à : <http://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/300/Documents/DC300-254web.pdf>
- Cutrona, C. E. (1984). Social support and stress in the transition to parenthood. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(4), 378-390. doi: 10.1037/0021-843X.93.4.378
- Damant, D., Chartré, M.-È., et Lapierre, S. (2012). L'institution de la maternité. Dans S. Lapierre et D. Damant (Éds), *Regards critiques sur la maternité dans divers contextes sociaux* (pp.18-31). Québec, Canada: Presses de l'Université du Québec.
- Darvill, R., Skirton, H. et Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition, *Midwifery* 26(3), 357-366. doi:10.1016/j.midw.2008.07.06.
- Davies, G.A.L., Wolfe, L.A., Mottola, M.F., et MacKinnon, C. (2003). L'exercice physique pendant la grossesse et le postpartum. Directive clinique conjointe de la SOGC et de la SCPE. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 25(6), 523-529. doi: 10.1016/S1701-2163(16)30313-9
- Driscoll, J.W. (2008). Psychosocial Adaptation to Pregnancy and Postpartum. Dans K.R. Simpson & P. A. Creehan (Éds). *Perinatal nursing* (3e éd.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Health.
- Edvardsson, K., Ivarsson, A., Eurenus, E., Garvare, R., Nyström, M. E., Small, R., et Mogren, I. (2011). Giving offspring a healthy start: parents' experiences of health promotion and lifestyle change during pregnancy and early parenthood. *BioMed Central Public Health*, 11(1), 936-948. doi:10.1186/1471-2458-11-936
- Esdaile, S.A., Farrell, E.A. et Olson, J.A. (2004). Anticipating Occupations of Mothering and the Development of Agency. Dans S.A. Esdaile et J.A. Olson (Éds), *Mothering occupations: Challenge, agency, and participation*. Philadelphie, PA: F. A. Davis Company.
- Esdaile, S.A. et Olson, J.A. (2004). *Mothering occupations: Challenge, agency, and participation*. Philadelphie, PA: F. A. Davis Company.
- Evans, M., Mason, R. et Berman, H. (2012). Transition to motherhood in the context of past trauma. Dans S. Lapierre et D. Damant (Éds), *Regards critiques sur la maternité dans divers contextes sociaux* (pp.42-59). Québec, Canada: Presses de l'Université du Québec.
- Fava, G. A., Grandi, S., Michelacci, L., Saviotti, F., Conti, S., Bovicelli, L., . . . Orlandi, C. (1990). Hypochondriacal fears and beliefs in pregnancy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82(1), 70-72. doi:10.1111/j.1600-0447.1990.tb01358.x

- Fell, D. B., Joseph, K. S., Armson, B. A., et Dodds, L. (2008). The Impact of Pregnancy on Physical Activity Level. *Maternal and Child Health Journal*, 13(5), 597-603. doi:10.1007/s10995-008-0404-7
- Ferraro, Z. M., Gaudet, L. et Adamo, K.B. (2012). The potential impact of physical activity during pregnancy on maternal and neonatal outcomes. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 67(2), 99-110. doi:10.1097/OGX.0b013e318242030e
- Fontein-Kuipers, Y., Ausems, M., Budé, L., Van Limbeek, E., De Vries, R., et Nieuwenhuijze, M. (2015). Factors influencing maternal distress among Dutch women with a healthy pregnancy. *Women and Birth*, 28(3), e36-e43. doi:10.1016/j.wombi.2015.02.002
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3e éd.). Montréal, Canada: Chenelière Éducation.
- Foxcroft, K. F., Callaway, L. K., Byrne, N. M. et Webster, J. (2013). Development and validation of a pregnancy symptoms inventory. *BioMed Central Pregnancy Childbirth*, 13(3). doi:10.1186/1471-2393-13-3
- Gavin, N. I., Gaynes, N.B., Lohr K. N., Meltzer-Brody S., Gartlehner, G. et Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and Gynecology*, 106(5), 1071-1083. doi:10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db
- Greenberg, D., Ladge, J. et Clair, J. (2009), Negotiating Pregnancy at Work: Public and Private Conflicts. *Negotiation and Conflict Management Research*, 2(1): 42–56. doi:10.1111/j.1750-4716.2008.00027.x
- Gouvernement du Canada. (2008, révisé en 2011). *Le guide pratique d'une grossesse en santé*. Repéré à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/healthy-pregnancy/healthy-pregnancy-guide-fra.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2009). *Qu'est-ce que le régime québécois d'assurance parentale?* Repéré à : [http://www.rqap.gouv.qc.ca/a\\_propos\\_regime/information\\_generale/index.asp](http://www.rqap.gouv.qc.ca/a_propos_regime/information_generale/index.asp)
- Gouvernement du Québec. (2018). *Alimentation des femmes enceintes*. Repéré à : <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/saines-habitudes-de-vie/alimentation/alimentation-des-femmes-enceintes/>
- Hartrick G.A. (1997) Women who are mothers: The experience of defining self. *Health Care for Women International* 18(3), 263-277. doi: 10.1080/07399339709516280
- Hays, S. (1996). *The cultural contradictions of motherhood*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Hennekam, S. (2016). Identity transition during pregnancy: The importance of role models. *Human Relations*, 69(9), 1765–1790. doi:10.1177/0018726716631402

- Horne, J., Corr, S. et Earle, S. (2005). Becoming a Mother: Occupational Change in First Time Motherhood. *Journal of Occupational Science*, 12(3), 176-183. doi:10.1080/14427591.2005.9686561
- Imle, A. M. (1990). Third trimester concerns of expectant parents in transition to parenthood. *Holistic Nursing Practice*, 4(3), 25-36. doi:10.1097/00004650-199005000-00006
- Institut national de santé publique (INSPQ). (2018). *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans. Guide pratique pour les mères et les pères*. Repéré à : <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre>
- Jin, J. (2016). Zika virus disease. *Journal of American Medical Association*, 315(22), 2482-2482. doi:10.1001/jama.2016.4741
- Jin, J. (2017). Folic acid supplementation for prevention of neural tube defects. *Journal of American Medical Association*, 317(2), 222-222. doi:10.1001/jama.2016.19767
- Jonsson, H. (2010). Occupational transitions: work to retirement. Dans C.H. Christiansen et E.A. Townsend, *Introduction to Occupation: The Art and Science of Living*, (2e éd., pp. 211-230). Upper Sadle River, NJ: Pearson Education.
- Kazmierczak, M. et Goodwin, R. (2011) Pregnancy and body image in Poland: Gender roles and self-esteem during the third trimester, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(4), 334-342. doi: 10.1080/02646838.2011.631179
- Kaitz, M. (2007). Maternal concerns during early parenthood. *Child: Care, Health and Development*, 33(6), 720-727. doi:10.1111/j.1365-2214.2007.00729.x
- Katz, A. (2010). Sexually Speaking: Sexual Changes During and After Pregnancy: Preparing new parents with perspective, evidence, and resources. *The American Journal of Nursing*, 110(8), 50-52. doi: 10.1097/01.NAJ.0000387693.78241.80
- Kielhofner, G. (1980a). A model of human occupation, part two: Ontogenesis from the perspective of temporal adaptation. *American Journal of Occupational Therapy*, 34(10), 657-663. doi:10.5014/ajot.34.10.657
- Kielhofner, G. (1980b). A model of human occupation, part three: Benign and vicious cycles. *American Journal of Occupational Therapy*, 34(11), 731-737. doi:10.5014/ajot.34.11.731
- Kielhofner, G. et Burke, J.P. (1980) A Model of Human Occupation, part one: Conceptual framework and content. *American Journal of Occupational Therapy*, 34(9), 572-581. doi:10.5014/ajot.34.9.572
- Kielhofner, G., Burke, J.P. et Heard Igi, C. (1980). A model of human occupation, part four: Assessment and Intervention. *American Journal of Occupational Therapy*, 34(12), 777-788. doi:10.5014/ajot.34.12.777

- Kielhofner, G. (1995). *A model of human occupation: Theory and application* (2e éd.). Baltimore, MD: Williams and Wilkins.
- Kielhofner, G. (2004). Le modèle de l'occupation humaine (MOH) (traduction de l'original par Monique Gillet en collaboration avec l'Université Laval, Québec). Dans G. Kielhofner (Éd.). *Conceptual foundations of occupational therapy* (3<sup>e</sup> éd., pp. 147-161). Philadelphia, PA: F.A. Davis.
- Kralik, D., Visentin, K., et van Loon, A. (2006). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 320-329. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x
- Krebs, P. et Duncan, T. D. (2015). Health App Use Among US Mobile Phone Owners: A National Survey. *Journal of Medical Internet Research mHealth uHealth*, 3(4), e101, 1-12. doi:10.2196/mhealth.4924
- Lang, C., Fisher, M., Neisa, A., MacKinnon, L., Kuchta, S., MacPherson, S., ...Arbuckle, T.E. (2016). Personal Care Product Use in Pregnancy and the Postpartum Period: Implications for Exposure Assessment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(1), 105-124. doi:10.3390/ijerph13010105
- Lagan, B. M., Sinclair, M. et Kernohan, W.G. (2010). Internet Use in Pregnancy Informs Women's Decision Making: A Web-Based Survey. *Birth*, 37(2), 106-115. doi:10.1111/j.1523-536X.2010.00390.x
- Lederman, R. P. (1996). *Psychosocial adaptation in pregnancy: assessment of seven dimensions of maternal development* (2e éd.). New York, NY: Springer.
- Lee, K. A., Zaffke, M. E., et McEnany, G. (2000). Parity and sleep patterns during and after pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 95(1), 14-18. doi:10.1016/S0029-7844(99)00486-X
- Lee, S. W., Kielhofner, G., Morley, M., Heasman, D., Garnham, M., Willis, S., . . . Taylor, R. R. (2012). Impact of using the Model of Human Occupation: a survey of occupational therapy mental health practitioners' perceptions. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(5), 450-456. doi:10.3109/11038128.2011.645553
- Lemkau, J. P. et Landau, C. (1986). The "selfless syndrome": Assessment and treatment considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 23(2), 227-233. doi:10.1037/h0085602
- Lima-Pereira, P., Bermúdez-Tamayo, C. et Jasienska, G. (2012). Use of the Internet as a source of health information amongst participants of antenatal classes. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3-4): 322-330. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03910.x



- M'hamdi, H. I., Sijpkens, M. K., de Beaufort, I., Rosman, A. N., et Steegers, E. A. P. (2018). Perceptions of pregnancy preparation in women with a low to intermediate educational attainment: A qualitative study. *Midwifery*, 59, 62-67. doi:10.1016/j.midw.2018.01.004
- Malacrida, C. et Boulton, T. (2012). Women's Perceptions of Childbirth "Choices": Competing Discourses of Motherhood, Sexuality, and Selflessness. *Gender & Society*, 26(5), 748–772. doi:10.1177/0891243212452630
- Mahone, E. et Denckla, M. (2017). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Historical Neuropsychological Perspective. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 23(9-10), 916-929. doi:10.1017/S1355617717000807
- Marie, C., Cabut, S., Vendittelli, F. et Sauvant-Rochat, M.-P. (2016). Changes in Cosmetics Use during Pregnancy and Risk Perception by Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(4), 383-398. doi:10.3390/ijerph13040383
- Martinez-Pascual, B., Abuín-Porras, V., Pérez-De-Heredia-Torres, M., Martínez-Piedrola, R. M., Fernández-De-Las-Peñas, C. et Palacios-Ceña, D. (2015). Experiencing the body during pregnancy: A qualitative research study among Spanish sportswomen. *Women & Health*, 56(3), 1-15. doi:10.1080/03630242.2015.1088118
- Mauthner, N.S. (1999). Feeling low and feeling really bad about feeling low: women's experiences of motherhood and postpartum depression. *Canadian Psychology* 40(2), 143–161. doi: 10.1037/h0086833
- Meleis, A. et Trangenstein, R. (2010) Facilitating transitions: Redefinition of the nursing message. Dans A. Meleis (Éd.), *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 65-72). New York: Springer.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226-232. doi:10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x
- Merkx, A., Ausems, M., Budé, L., de Vries, R. et Nieuwenhuijze, M.J. (2017). Factors affecting perceived change in physical activity in pregnancy. *Midwifery*, 51, 16-23. doi:10.1016/j.midw.2017.05.007
- Metcalfe, A., Vekved, M., et Tough, S. C. (2014). Educational Attainment, Perception of Workplace Support and Its Influence on Timing of Childbearing for Canadian Women: A Cross-Sectional Study. *Maternal and Child Health Journal*, 18(7), 1675-1682. doi:10.1007/s10995-013-1409-4
- Ministère de la Famille du Québec. (2018). *Tendances sociales : unions, désunions, natalité*. Repéré à : <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/Famille/chiffres-famille-quebec/chiffres-famille/Pages/tendances-sociales.aspx>

- Mortazavi, F., Mousavi, S. A., Chaman, R. et Khosravi, A. (2014). Maternal quality of life during the transition to motherhood. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(5), e8443(1-7). doi:10.5812/ircmj.8443
- Nelson, A. M. (2003). Transition to motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32(4), 465-477. doi: 10.1177/0884217503255199
- Osorio-Castaño, J. H., Carvajal-Carrascal, G. et Rodríguez-Gázquez, M. (2017). Preparation for Motherhood during Pregnancy: a Concept Analysis. *Investigation y Education in Enfermeria*, 35(3), 295-305. doi:10.17533/udea.iee.v35n3a06
- Özkan Sat, S., et Yaman Sozbir, S. (2018). Use of mobile applications and blogs by pregnant women in Turkey and the impact on adaptation to pregnancy. *Midwifery*, 62, 273-277. doi:10.1016/j.midw.2018.04.001
- Pattison, H. M., Gross, H., et Cast, C. (1997). Pregnancy and employment: The perceptions and beliefs of fellow workers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 15(3-4), 303-313. doi:10.1080/02646839708404552
- Plantin, L. et Daneback, K. (2009). Parenthood, information and support on the internet. A literature review of research on parents and professionals online. *BioMed Central Family Practice*, 10(1), 34. doi:10.1186/1471-2296-10-34
- Polatajko, H., Backman, C., Baptiste, S., Davis, J., Eftekhari, P., Harvey, A., ... Connor-Schisler, A. (2013). Préciser le domaine primordial d'intérêt : l'occupation comme centralité. Dans E.A. Townsend & H.J. Polatajko (Éds). *Habiliter à l'occupation: Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e éd. version française Noémi Cantin, pp. 45-74). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Prévost-Delaunière, N. (2017). *Promotion de la santé chez les nouvelles mères selon une perspective occupationnelle*. Essai présenté dans le cadre de la maîtrise en ergothérapie, UQTR (travaux non publiés).
- Prinds, C., Hvidt, N. C., Mogensen, O., et Buus, N. (2014). Making existential meaning in transition to motherhood—A scoping review. *Midwifery*, 30(6), 733-741. doi:10.1016/j.midw.2013.06.021
- Recherches Provalis (Provalis Research) (2018). *QDA Miner 5*. Repéré à : <https://provalisresearch.com/fr/produits/logiciel-d-analyse-qualitative/>
- Reid, J. et Hardy, M. (1999). Multiple Roles and Well-Being Among Midlife Women: Testing Role Strain and Role Enhancement Theories. *The Journals of Gerontology, Series B*, 54(6), S329-S338. doi:10.1093/geronb/54B.6.S329

- Robert, P., Rey-Debove, J. et Rey, A. (2009). *Le nouveau petit Robert : dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française* (Nouv. éd. du Petit Robert / ed.). Paris: Dictionnaires Le Robert.
- Rubin, R. (1967). Attainment of the maternal role. Part 1. Processes. *Nursing Research*, 16(3), 237-245. doi:10.1097/00006199-196701630-00006
- Salihu, H. M., Myers, J. et August, E.M. (2012). Pregnancy in the workplace. *Occupational Medicine*, 62(2), 88-97. doi:10.1093/occmed/kqr198
- Salmela-Aro, K., Nurmi, J.-E., Saisto, T. et Halmesmäki, E. (2001). Goal reconstruction and depressive symptoms during the transition to motherhood: Evidence from two cross-lagged longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(6), 1144-1159. doi: 10.1037/0022-3514.81.6.1144
- Seefat-van Teeffelen, A., Nieuwenhuijze, M. et Korstjens, I. (2011). Women want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: A qualitative study. *Midwifery* 27, e122–e127. doi: 10.1016/j.midw.2009.09.006
- Slootjes, H., McKinstry, C. et Kenny, A. (2016). Maternal role transition: Why new mothers need occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 63(2), 130-133. doi:10.1111/1440-1630.12225
- Sjöstrom, H., Langius-Eklöf, A. et Hjertberg, R. (2004). Well-being and sense of coherence during pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 83, 1112–1118. doi:10.1111/j.0001-6349.2004.00153.x
- Smith, J. A. (1999). Towards a relational self: social engagement during pregnancy and psychological preparation for motherhood. *British Journal of Social Psychology* 38(Pt 4), 409-426. doi:10.1348/014466699164248
- Smith, D. M., Loewenstein, G., Jankovic, A., et Ubel, P. A. (2009). Happily hopeless: Adaptation to a permanent, but not to a temporary, disability. *Health Psychology*, 28(6), 787-791. doi:10.1037/a0016624
- Statistique Canada (2017). *Les femmes et le marché du travail au Québec en 2017*. Repéré à : [http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/infographies/8mars\\_femmes-marche-travail-2017.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/infographies/8mars_femmes-marche-travail-2017.pdf)
- Stephenson, J., Patel, D., Barrett, G., Howden, B., Copas, A., Ojukwu, O., . . . Shawe, J. (2014). How Do Women Prepare for Pregnancy? Preconception Experiences of Women Attending Antenatal Services and Views of Health Professionals. *PLoS ONE*, 9(7), e103085. doi:10.1371/journal.pone.0103085

- Taubman-Ben-Ari, O., Ben Shlomo, S., Sivan, E., et M. Dolizki. (2009). The transition to motherhood - A time for growth. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(8), 943-970. doi:10.1521/jscp.2009.28.8.943
- Taylor, R. R. et Kielhofner, G. (2017). *Kielhofner's model of human occupation: theory and application* (5e éd.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Tucker Blackburn, S. (2008). Physiologic Changes of Pregnancy. Dans K. R. Simpson et P.A. Creehan (Éds). *Perinatal nursing* (3e éd.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Health.
- Tulman, L. et Fawcett, J. (2003). *Women's health during and after pregnancy a theory-based study of adaptation to change*. New York, NY: Springer Pub. Co.
- Van Deursen, A. J. et Helsper, E. J. (2018). Collateral benefits of Internet use: Explaining the diverse outcomes of engaging with the Internet. *New Media & Society*, 20(7), 2333-2351. doi:10.1177/1461444817715282
- Zib, M., Lim, L., et Walters, W.A. (1999). Symptoms During Normal Pregnancy: A Prospective Controlled Study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 39(4), 401-410. doi:10.1111/j.1479-828X.1999.tb03122.x

## ANNEXE A CERTIFICAT D'ÉTHIQUE



### CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

**Titre :** Occupations et préoccupations quotidiennes liées à une première grossesse : perceptions de femmes enceintes et nouvelles mamans

**Chercheur(s) :** Rébecca Gaudet  
Département d'ergothérapie

**Organisme(s) :** Aucun financement

**N° DU CERTIFICAT :** CDERS-18-12-06.01

**PÉRIODE DE VALIDITÉ :** Du 05 février 2018 au 05 février 2019

**En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :**

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Bruce Maxwell  
Président du comité

Sophie Parent  
Secrétaire du comité

*Décanat de la recherche et de la création*

**Date d'émission :** 05 février 2018

## ANNEXE B

### LETTRE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



#### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

<b>Titre du projet de recherche :</b>	Occupations et préoccupations quotidiennes liées à une première grossesse : perceptions de femmes enceintes et nouvelles mamans
<b>Chercheur responsable du projet de recherche :</b>	Rébecca Gaudet (étudiante à la maîtrise en ergothérapie), département d'ergothérapie, UQTR.
<b>Membres de l'équipe de recherche :</b>	Lyne Desrosiers, professeure et chercheuse, directrice de recherche, département d'ergothérapie, UQTR.

#### Préambule

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre les occupations et préoccupations d'une première grossesse, d'un point de vue ergothérapique, serait grandement appréciée. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire ce formulaire. Il vous aidera à comprendre ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet de recherche ou à un membre de son équipe de recherche. Sentez-vous libre de leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair. Prenez tout le temps dont vous avez besoin pour lire et comprendre ce formulaire avant de prendre votre décision.

#### Objectifs et résumé du projet de recherche

Les objectifs de ce projet de recherche sont :

- 1) Documenter les préoccupations et occupations liées à la grossesse, telles que vécues par des femmes enceintes d'un premier bébé ou ayant récemment accueilli un premier bébé ;
- 2) Décrire comment les occupations de la future ou de la nouvelle mère sont modifiées au quotidien par son nouveau rôle ;
- 3) Explorer comment les préoccupations de la future ou de la nouvelle mère influencent ses occupations quotidiennes.

#### Nature et durée de votre participation

Votre participation à ce projet de recherche consiste à participer à une entrevue semi-dirigée (téléphonique ou en personne, selon les possibilités) d'une durée d'environ 45 à 75 minutes. L'entrevue comportera des questions sur votre perception de la manière dont vous avez vécu votre première grossesse (changements dans les occupations (loisirs, travail, soins personnels), préoccupations, inquiétudes, impact dans votre quotidien et sur votre conjoint ou proches, etc.). L'entrevue comportera des questions ouvertes pour vous puissiez librement partager vos perceptions. Les entrevues seront enregistrées sur bande audionumérique et retranscrites aux fins d'analyse. Un court questionnaire sociodémographique complètera la collecte des données. Une fois complété, le questionnaire devra être envoyé par courriel ou par la poste à l'étudiante-chercheuse.





### **Risques et inconvénients**

Le temps consacré au projet de recherche, soit environ 90 minutes en tout, demeure le seul inconvénient a priori. Cela dit, il est possible que le fait de discuter des implications ou préoccupations de la grossesse, suscite des émotions. Par conséquent, l'état émotif des participants sera évalué tout au long de l'entretien, afin de respecter leur rythme. L'expérience de stage de la responsable de la recherche et chargée de l'entrevue en santé mentale, de même que les connaissances acquises dans le cadre du cursus en ergothérapie sur la clientèle en santé mentale permettront de s'assurer de la sécurité du participant à la fin de l'entrevue. Advenant l'observation d'un inconfort chez la participante pendant l'entrevue, l'étudiante-chercheuse vérifiera si elle désire poursuivre et y mettra un terme si celle-ci le souhaite. Elle pourra aussi, au besoin, diriger la participante vers des ressources appropriées : conjoint ou famille, amis, médecin ou sage-femme qui assure le suivi de la participante, organismes communautaires (Ex. Centre Ressource Naissance), services de psychologie. Une prochaine rencontre sera fixée pour compléter l'entrevue si la participante désire maintenir sa participation à la recherche. Dans le cas contraire, les données collectées seront détruites.

### **Avantages ou bénéfices**

La contribution à l'avancement des connaissances et de la compréhension concernant le sujet des occupations et préoccupations quotidiennes liées à la grossesse normale est le seul bénéfice prévu à votre participation à cette recherche.

### **Compensation ou incitatif**

Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

### **Confidentialité**

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par l'attribution d'un code numérique à chaque participante. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'essai et de communication scientifique durant le colloque des finissants en ergothérapie, ne permettront pas d'identifier les participantes.

Les données recueillies seront conservées dans une base de données protégée par un mot de passe. Les seules personnes qui y auront accès seront l'étudiante-chercheuse et la directrice de recherche mentionnées ci-haut. Toutes ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront détruites dans 5 ans (suppression des données électroniques et déchiquetage des documents papier) et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

### **Participation volontaire**

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Si vous souhaitez vous retirer de l'étude avant la fin et que vous souhaitez que les données accumulées vous concernant ne soient pas utilisées, il en sera ainsi.

### **Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Rébecca Gaudet ([rebecca.gaudet@uqtr.ca](mailto:rebecca.gaudet@uqtr.ca)).



#### Surveillance des aspects éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro [no de certificat] a été émis le [date d'émission].

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courriel électronique [CEREH@uqtr.ca](mailto:CEREH@uqtr.ca).

### CONSENTEMENT

#### Engagement de la chercheuse

Moi, Rébecca Gaudet, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

#### Consentement de la participante

Je, [\_\_\_\_], confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet *Occupations et préoccupations quotidiennes liées à une première grossesse : perceptions de femmes enceintes et nouvelles mamans*. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

#### J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participant:	Chercheuse :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom : Rébecca Gaudet
Date :	Date :



## ANNEXE C

### LETTRE DE RECRUTEMENT



Texte pour recrutement – Essai de maîtrise Rébecca Gaudet

#### ÉTUDE DANS LA CADRE DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE - UQTR

##### *Occupations et préoccupations quotidiennes liées à une première grossesse : perceptions de femmes enceintes et nouvelles mamans*

La grossesse normale est à la fois une transition heureuse vers le rôle de mère et une source de préoccupations et de nouvelles occupations s'inscrivant dans la vie quotidienne de la future maman. Le but de cette étude est d'abord de documenter les occupations et préoccupations de la future mère pendant la grossesse. De plus, nous cherchons à comprendre la manière dont les occupations quotidiennes de la future mère sont modifiées par ce nouveau rôle ainsi que l'influence des préoccupations de la participante sur son quotidien. Pour ce faire, une entrevue semi-dirigée d'environ 60 minutes (téléphonique ou en personne, selon la distance) auprès de femmes enceintes d'un premier bébé (ou nouvelles mamans d'un premier bébé) est prévue. Un court questionnaire sociodémographique complètera la collecte de données.

Pour participer, voici les critères d'inclusion :

- Femmes enceintes d'un premier bébé ou ayant eu le premier bébé au plus 6 mois avant l'entrevue (soit au plus tôt en septembre 2017) ;
- Grossesse normale (pas de complications connues ni grossesse multiple) ;
- Habitant au Québec (afin de pouvoir vous joindre facilement par téléphone ou en personne) ;
- De tout âge ;
- Comprend et parle le français.

Critères d'exclusion :

- Participante ayant vécu des événements difficiles à aborder, entourant la grossesse (ex. infertilité, perte d'un être cher durant la grossesse, etc.).
- Toute condition ou diagnostic au niveau de la santé physique ou mentale qui :
  - 1) complique la grossesse (ex. allaitement forcé, grossesse multiple, maladie sérieuse, etc.)
  - 2) limite la compréhension ou la participation à la recherche (ex. : handicap ou incapacité physique qui empêche d'utiliser du téléphone, de comprendre les questions d'entrevue ou d'y répondre, de se concentrer pendant une durée de 90 minutes, etc.).

Pour participer ou pour de plus amples informations, veuillez contacter Rébecca Gaudet au 819-995-3102 ou par courriel : [rebecca.gaudet@uqtr.ca](mailto:rebecca.gaudet@uqtr.ca). Une lettre d'explications, le formulaire de consentement, ainsi que le questionnaire sociodémographique vous seront envoyés par la suite, et un rendez-vous sera pris pour faire l'entrevue. Les entrevues devraient idéalement se faire en février 2018, mais cela peut être flexible. Les questions d'entrevue vous seront envoyées à l'avance afin de pouvoir vous préparer.

Merci beaucoup!

## ANNEXE D

### CANEVAS D'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE



*Occupations et préoccupations quotidiennes liées à une première grossesse : perceptions de femmes enceintes et nouvelles mamans*

---

#### CANEVAS DE L'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE

*Merci d'avoir accepté de participer à cette recherche sur les occupations et préoccupations quotidiennes liées à une première grossesse. Votre contribution à l'avancement des connaissances dans ce domaine est grandement appréciée.*

*Toute information nominative (noms de personnes, lieux de travail, établissements de santé, etc.) divulguée ici restera confidentielle et ne sera utilisée que pour ce projet de recherche.*

*L'objectif de cette collecte de données est de vous offrir l'opportunité de parler de votre vécu en lien avec votre première grossesse et de partager vos expériences en ce sens. Il n'y a donc pas de bonne ni de mauvaise réponse.*

*Si vous êtes d'accord, je vais débiter l'enregistrement audionumérique de l'entrevue.*

#### INTRODUCTION

- A. Si vous êtes enceinte actuellement, à combien de semaines en êtes-vous? Sinon, quand est né votre premier enfant?
- B. Quelle est votre occupation principale actuellement (travail, études, congé préventif, etc.)?
- C. Parlez-moi du moment où vous avez appris que vous étiez enceinte de votre premier enfant.

#### LES OCCUPATIONS ET PRÉOCCUPATIONS LIÉES À UNE PREMIÈRE GROSSESSE

##### Période pré-grossesse

1. Parlez-moi des occupations d'avant la grossesse qui peuvent être associées à votre grossesse future ou à votre désir d'enfant.
  - a. Parlez-moi de la planification de votre grossesse.
  - b. Au quotidien, quelles étaient vos habitudes de vie avant la grossesse? (ex. habitudes alimentaires, sportives, loisirs, médication, etc.)



*Occupations et préoccupations quotidiennes liées à une première grossesse :  
perceptions de femmes enceintes et nouvelles mamans*

---

- c. Comment vos occupations quotidiennes ont-elles été influencées par votre souhait d'avoir un enfant? Expliquez.
2. Parlez-moi des services auxquels vous avez eu recours en vue de votre grossesse (autres que les rendez-vous avec un gynécologue ou une sage-femme), si c'est le cas.
  - a. Comment cela a-t-il influencé votre vie au quotidien ?

**Période de la grossesse**

3. Parlez-moi du déroulement de votre grossesse jusqu'à maintenant.
4. Parlez-moi de vos occupations quotidiennes qui peuvent être liées au fait d'être enceinte.
  - a. Au niveau des habitudes de vie (ex. habitudes alimentaires, sociales ou sportives, médication, etc.), de votre façon de planifier votre temps ou de voir la vie, parlez-moi de ce qui a changé depuis que vous êtes enceinte.
  - b. En quoi la grossesse a influencé vos occupations quotidiennes ? Expliquez.
  - c. Comment vous sentez-vous par rapport à cela?
5. Souffrez-vous ou avez-vous souffert de symptômes (physiques, cognitifs ou émotionnels) reliés à la grossesse? Si oui, lesquels?
  - a. Comment ont-ils influencé vos occupations ou préoccupations quotidiennes?
6. Parlez-moi des préoccupations ou inquiétudes que vous vivez durant votre grossesse, le cas échéant (par exemple, en lien avec votre relation de couple, votre travail, votre futur bébé ou autres).
  - a. Dans quelle mesure cela influence-t-il vos occupations au quotidien?



*Occupations et préoccupations quotidiennes liées à une première grossesse :  
perceptions de femmes enceintes et nouvelles mamans*

---

7. Parlez-moi de l'image que vous avez de vous-même durant la grossesse. En quoi cela a changé comparativement à avant?  
*(L'image de soi est l'idée que chacun d'entre nous se fait de son apparence physique).*
8. Parlez-moi de vos relations avec votre conjoint, vos amis, ou votre famille durant votre grossesse. En quoi cela a changé comparativement à avant? Expliquez.
9. Au niveau du travail, parlez-moi des ajustements ou changements que vous devrez ou avez dû faire, si tel est le cas.
  - a. En quoi cela influence-t-il votre travail (ex. façon d'exécuter les tâches, rendement, relations avec collègues ou patrons)?
  - b. Comment vous sentez-vous par rapport à ceci?
10. Parlez-moi des services auxquels vous avez ou avez eu recours pour vous aider durant votre grossesse (autres que les rendez-vous avec un gynécologue ou une sage-femme), si c'est le cas.
  - a. Comment cela influence-t-il votre vie au quotidien?

### Conclusion

11. Si vous comparez les attentes que vous aviez en regard de votre première grossesse et la façon dont cela s'est passé réellement, que pouvez-vous en dire?
  - a. Qu'est-ce qui vous aurait aidée à vous préparer pour bien vivre la grossesse ou la maternité?
12. Si vous aviez à vivre une seconde grossesse, comment cette première grossesse influencera-t-elle votre préparation, vos perceptions ou préoccupations? Expliquez.



*Occupations et préoccupations quotidiennes liées à une première grossesse :  
perceptions de femmes enceintes et nouvelles mamans*

---

13. Parlez-moi de comment vous vivez ou avez vécu la transition vers le rôle de future mère ; comment vous êtes-vous adaptée aux différents changements? Expliquez.
14. Parlez-moi de votre sentiment de compétence par rapport à votre première grossesse?
15. Avez-vous autre chose à ajouter par rapport à tout ce dont nous avons discuté? Si oui, sentez-vous libre de le faire.

*Merci énormément pour votre temps. Merci d'avoir partagé vos perceptions et expériences vécues dans le cadre de cette étude.*

*Si ce n'est déjà fait, merci de signer le formulaire de consentement, de remplir le questionnaire sociodémographique, et de me les retourner par courriel ou par la poste.*

## ANNEXE E

### QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Questionnaire sociodémographique

Nom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

2018



Le but de ce questionnaire est de recueillir des informations sur vous. Soyez assuré que ces informations demeureront strictement confidentielles. Elles ne permettront pas de vous identifier.

#### A) Caractéristiques personnelles

1. Quel est votre âge? \_\_\_\_\_
2. Quelle est votre langue maternelle? \_\_\_\_\_
3. Quelle langue parlez-vous le plus à la maison? \_\_\_\_\_
4. Quelle est votre langue de travail? \_\_\_\_\_
5. Dans quel pays êtes-vous née? \_\_\_\_\_
6. Si vous êtes née au Canada, dans quelle province? \_\_\_\_\_
7. Quel est votre état civil ?  
\_\_\_\_\_ Célibataire  
\_\_\_\_\_ En couple ou conjointe de fait  
\_\_\_\_\_ En union civile ou mariée  
\_\_\_\_\_ Veuve  
\_\_\_\_\_ Autre (spécifiez : \_\_\_\_\_)
8. Quel métier ou profession exercez-vous ? \_\_\_\_\_
9. Quel est votre plus haut degré de scolarité complété? Cochez la case appropriée.  
\_\_\_\_\_ Diplôme d'études professionnelles (DEP)  
\_\_\_\_\_ Diplôme d'études secondaires (DES)  
\_\_\_\_\_ Collégial technique  
\_\_\_\_\_ Collégial pré-universitaire  
\_\_\_\_\_ Baccalauréat  
\_\_\_\_\_ Diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS)  
\_\_\_\_\_ Maîtrise  
\_\_\_\_\_ Doctorat  
\_\_\_\_\_ Post-Doctorat  
\_\_\_\_\_ Autre (spécifiez : \_\_\_\_\_)

Questionnaire sociodémographique

Nom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

2018

10. Quel est votre revenu annuel familial, approximativement ?

- ☐ 0-20 000 \$ /an  
☐ 20 000 à 35 000 \$ / an  
☐ 35 000 à 50 000 \$ / an  
☐ 50 000 à 70 000 \$ / an  
☐ 70 000 à 90 000 \$ / an  
☐ 90 000 à 115 000\$ / an  
☐ + de 115 000 \$ / an  
☐ je préfère ne pas répondre

11. Quelle région administrative du Québec habitez-vous actuellement ? Cochez une seule case.

- ☐ Bas Saint-Laurent (01)  
☐ Saguenay-Lac Saint-Jean (02)  
☐ Capitale-Nationale (03)  
☐ Mauricie (04)  
☐ Estrie (05)  
☐ Montréal (06)  
☐ Outaouais (07)  
☐ Abitibi-Témiscamingue (08)  
☐ Côte-Nord (09)  
☐ Nord-du-Québec (10)  
☐ Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11)  
☐ Chaudière-Appalaches (12)  
☐ Laval (13)  
☐ Lanaudière (14)  
☐ Laurentides (15)  
☐ Montérégie (16)  
☐ Centre-du-Québec (17)

Questionnaire sociodémographique Nom : _____	Date : _____	2018
---	--------------	------

**B) Questions spécifiques à l'étude**

12. Si vous êtes enceinte actuellement, à quel trimestre et à combien de semaines de grossesse en êtes-vous?

☐ 1er ☐ 2<sup>e</sup> ☐ 3<sup>e</sup> trimestre, \_\_\_\_\_<sup>e</sup> semaine.

13. Sinon, à quelle date avez-vous accueilli votre premier bébé ? \_\_\_\_\_

14. Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'un retrait préventif durant votre première grossesse ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, à partir de quand (Xe semaine de grossesse) ? \_\_\_\_\_

15. Si non, à quel moment de votre grossesse comptez-vous cesser de travailler? (X<sup>e</sup> semaine de grossesse) :

\_\_\_\_\_

16. Souhaitez-vous ajouter autre chose? Merci de le spécifier ici, le cas échéant.

---



---



---

**Merci énormément d'avoir rempli ce questionnaire et de participer à cette étude!**



## ANNEXE F

### JOURNAL DE BORD



#### JOURNAL DE BORD – GRILLE D'OBSERVATIONS

Observation participante (Rébecca Gaudet)

Date	Activités quotidiennes, sentiments ressentis, expérience vécue (en lien avec la grossesse)